Rok XLIX. Kraków, dnia 16. kwietnia 1910. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób wewnętrznych Prof. Dra K. Wagnera w Kijowie.

W sprawie wpływu wstrzykiwań podskórnych żelatyny przy schorzeniach nerek.

Podał

Dr Jan Studziński.

(Dokończenie).

13. Podostre miąższowe zapalenie nerek. Z. F., lat 21, przyjęty do kliniki szpitalnej 7. XI. 1907 r. Zachorował przed tygodniem w drodze do Kijowa: zjawiły się obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach; chory bardzo osłabł. Uskarża się także na częste krwawienia z nosa, które trwają zwykle 2—3 doby z niewielkiemi przerwami. Chorób poprzednich podać nie umie. Wyskoku nie nadużywał, kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade. Podściółka tłuszczowa mierna; niewielkie obrzęki na twarzy, tułowiu i kończynach. Granice stłumienia serca zboczeń nie wykazują. Tony czyste, głuche; tętno 80 w minucie, tętnica źle napełniona. Wątroba niemacalna. Śledziona wystaje na palec z pod łuku żebrowego, zbita. Moczu na dobę 1200 ctm. sz., c. g. 1017, odczyn kwaśny, barwa według Vogla II. białka 2‰, w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), zrzadka nabłonkowe; nabłonka nerkowego dość dużo, ciałek białych krwi 1—4 w polu widzenia, czerwonych 2—10 w polu widzenia.

Od 8. XI. do 8. XII. obrzęki ustąpiły zupełnie. Dobowa ilość moczu wahała się od 1200 do 1600 ctm. sz., białka było około 2‰. w osadzie morfotycznych składników mniej. Kilka razy było dość obfite krwawienie z nosa. 9. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1016. białka 1.75‰. 10. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 1.65‰. 11. XII. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2‰.

12. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2‰, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), bardzo rzadko nabłonkowe, nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 1—3 w polu widzenia, czerwonych 2—4 w polu widzenia. Zrana silne krwawienie z nosa. Wstrzyknięto 50 ctm. sz. 10% rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach podniesienie się ciepłoty ciała do 37°8. 13. XII. w nocy krwawienie z nosa ustało. Chory uskarża się na nieznaczny ból głowy. Miejsce wstrzyknięcia mocno zaczerwienione, obrzmiałe, bolesne. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 2.5‰, gołem okiem widoczna domieszka krwi. 14. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.017, barwy ciemno-czerwonej, białka 4‰; w osadzie ilość wałeczków i nabłonka nerkowego bez zmiany, natomiast całe pole widzenia zasłane czerwonemi ciałkami krwi, po części wyługowanemi. Krwawienia z nosa nie było. 15. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.017, białka 4‰, w osadzie bez zmiany. 16. XII. Moczu 1200 sz. ctm., c. g. 1.015, białka 2.5‰, barwa popłuczyn mięsnych. 17. XII. Moczu 1200 ctm. c. g. 1.015, białka 2.5‰, barwa moczu nieco jaśniejsza, aczkolwiek domieszka krwi jeszcze zupełnie wyraźna, czerwonych ciałek w osadzie mniej. 18. XII. Moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.016, białka 2‰, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można; w osadzie wałeczki i nabłonek nerkowy, jak przedtem czerwonych ciałek krwi do 20 w polu widzenia.

W danym przypadku podskórne wstrzyknięcie żelatyny wywołało dość znaczny krwotok nerkowy, który dosiągł szczytu na 3 dzień i prawie zupełnie ustał na 7. Na inne składniki morfotyczne, tudzież na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzyknięcie żelatyny rzekomo wpływu nie miało. Krwawienie z nosa po wstrzyknięciu żelatyny prędko ustało. Stosunkowo dość mocny rozczyn (10%) żelatyny nie wywołał żadnych cięższych objawów ani przedmiotowych, ani podmiotowych.

14. Obostrzenie przewlekłego miąższowego i śródmiąższowego zapalenia nerek. W. P. lat 22, przyjęty do kliniki szpitalnej 4. X. 1908 r. W roku zeszłym przeziębił się zimą, przestawszy przeszło godzinę po pas w chłodnej wodzie. W lipcu rb. zaczął uskarżać się na niedomaganie, ból głowy i obrzęki. Po odpowiednim leczeniu objawy te wkrótce ustąpiły, lecz już w połowie września znowu zjawiły się obrzęki. Wyskoku nadużywał, kiły miał nie przebywać.

Skóra i widzialne błony śluzowe blade. Podściółka tłuszczowa mierna; ogólny niewielki obrzęk. W płucach furczenia. Granice stłumienia serca zboczeń nie wykazują. Tony czyste, głuchawe, 2 ton nad tętnicą główną wzmocniony. Dobowa ilość moczu 1200 ctm. sz., c. g. 1.022, odczyn kwaśny, białka 1‰, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste (1—2 w polu widzenia), rzadko drobnoziarniste, nabłonka nerkowego mało, ciałek białych krwi 3—8 w polu widzenia, czerwonych 10—20 w polu widzenia.

Od 5. X. do 12. X. obrzęki ustąpiły. 13. X. Dobowa ilość moczu 1100 ctm sz., c. g. 1.021, białka 0.06‰, w osadzie wałeczki szkliste (3—4 w preparacie) bardzo rzadko drobnoziarniste, ciałek białych krwi 2—4, czerwonych około 10 w polu widzenia. Od 14. X. do 8. XI. bez zmiany, 9. XI. Moczu 1100 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06‰, osad bez zmiany, 10. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06‰.

11. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.019, białka 0.06‰, w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste, (w prepar. 1—2) nabłonek nerkowy bardzo rzadko, ciałek białych krwi 2—4 czerwonych 10—15 w polu widzenia. Wstrzyknięto 75 ctm. sz. 4% rozczynu żelatyny. Po 5 godzinach dreszcze, pałanie, ciepłota ciała 38°2. 12. XI. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.022, barwa popłuczyn mięsnych, białka 0.3‰; w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (3—4 w preparacie),

krwiste (5—6 w preparacie), nabłonek nerkowy dość często, ciałek białych krwi około 8 w polu widzenia, czerwonych dużo, po części wyługowanych. Miejsce wstrzyknięcia obrzmiałe, czerwone i bolesne. 13. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.022, barwa ciemno-czerwona nasycona, białka 0.6 $^0/_{00}$; ilość wałeczków, jak wczoraj, ciałek czerwonych znacznie więcej. Zaczerwienienie, obrzmienie i bolesność miejsca wstrzyknięcia ustąpiły prawie zupełnie. 14. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.022, białka 0.6$^0/_{00}$, osad bez zmiany. 15. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0.3$^0/_{00}$, barwa moczu jaśniejsza, w osadzie ciałek czerwonych nieco mniej. 16. XI. Moczu 1000 ctm. sz., c. g. 1.021 białka 0.16$^0/_{00}$ Domieszka krwi bardzo nieznaczna; w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (2—3 w preparacie), krwiste bardzo rzadko) nie w każdym preparacie), ciałek czerwonych krwi 20—80 w polu widzenia. 17. XI. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.021, białka 0.06$^0/_{00}$, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można, w osadzie wałeczków krwistych nie spostrzega się, ciałek czerwonych do 50 w polu widzenia.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny otrzymaliśmy znaczne zwiększenie się ilości krwi w moczu, nadto zjawiły się wałeczki krwiste, ilość zaś szklistych i ziarnistych wzrosła. Pogorszenie się owo dosięgło szczytu na 3. dzień i prawie ustąpiło już 6. dnia. Na ilość i ciężar właściwy moczu wstrzyknięcie żelatyny wpływu nie wywarło. Pomimo stosunkowo dość ciężkiego powikłania schorzenia nerek po wstrzyknięciu żelatyny, objawy ogólne i miejscowe były naogół nieznaczne.

15. Podostre miąższowe i śródmiąższowe zapalenie nerek. Cz. M. lat 15, przyjęta do kliniki szpitalnej 27. XI. 1908 r. Od miesiąca prawie zauważa zrana obrzmienie twarzy, bole głowy, ostatnimi zaś czasy dołączyły się i obrzęki goleni, a nadto kaszel z niewielką ilością plwocin. Przy szybszych ruchach bicie serca i zmęczenie. W czerwcu roku zeszłego przebyła błonicę.

Skóra i widzialne błone śluzowe z niewielkim odcieniem siniczym. Niewielkie obrzmienie twarzy i obrzęk skóry brzucha i kończyn dolnych. Gruczoły chłonne szyjne i pachowe nieco powiększone. W płucach furczenia, a wzdłuż dolnego brzegu nadto drobno i średniobańkowe rzężenia. Granice stłumienia serca zboczeń nie przedstawiają; tony czyste, 2. ton nad tętnicą główną nieco wzmocniony. Dobowa ilość moczu 2000 ctm. sz., c. g. 1.008, odczyn słabo kwaśny, barwa według Vogla II, białka 1.65 $^0/_{00}$, cukru niema; w osadzie wałeczki szkliste i drobnoziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—10 w polu widzenia, czerwonych 1—2 nie w każdem polu widzenia.

Zalecono wanny 32^0 R. po 10—15 minut i dyetę mleczną. Od 25. XI. do 9. XII. obrzęki ustąpiły, ilość białka spadła do 0.6$^0/_{00}$. Od 10 XII. do 17. XII. bez zmiany. 18. XII. Moczu 1480 ctm. sz., c. g. 1012, białka 0.2$^0/_{00}$. w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—10 w polu widzenia, czerwonych 1—2 nie w każdem polu widzenia. 19. XII. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.012, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie bez zmiany. 20. XII. Moczu 2120 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0.15$^0/_{00}$.

21. XII. Moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1007, białka 0.12$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 nie w każdem polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi około 10 w polu widzenia. Wstrzyknięto 50 ctm. 4$^0/_0$ rozczynu żelatyny. Po 6 godzinach dreszcze, pałanie, ból głowy, ciepłota ciała 38^0.6. 22. XII. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.017, w moczu widoczna domieszka krwi, białka 0. 3$^0/_{00}$, w osadzie tylko więcej ciałek czerwonych. Cały dzień silny ból głowy. Miejsce wstrzyknięcia znacznie zaczerwienione, obrzmiałe i bolesne. 23. XII. Moczu 900 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa popłuczyn mięsnych, białka 0.9$^0/_{00}$, w osadzie dużo wałeczków z przylepionemi czerwonemi ciałkami, wałeczki krwiste, dużo wolnych czerwonych ciałek krwi, po części wyługowanych, ciałek białych około 10 w polu widzenia. Ból głowy, jak wczoraj; objawy miejscowe trochę mniejsze. 24. XII. Moczu 850 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa ciemno czerwona, osad bardzo obfity z krwinek, białka 2.6$^0/_{00}$, w osadzie ciałka czerwone zaścielają całe pole widzenia. Głowa chorą nie boli. Miejsce wstrzyknięcia trochę tylko bolesne. 25. XII. Moczu 580 ctm. sz., c. g. 1.015, barwa ciemno-czerwona, białka 1 65$^0/_{00}$. w osadzie bez zmiany. 26. XII. Moczu 700 ctm., sz., c. g. 0.16, białka 1.65$^0/_{00}$, w osadzie bez zmiany. 27. XII. Moczu 800 ctm., c. g. 1.015, białka 1.6$^0/_{00}$, barwa ciemno-czerwona, w osadzie ciałek czerwonych jak gdyby nieco mniej. 28. XII. Moczu 1040 ctm., c. g. 1.014, białka 0.5$^0/_{00}$, barwa popłuczyn mięsnych, w osadzie ciałek czerwonych mniej. 29. XII. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.011, barwa jaśniejsza, białka 0.3$^0/_{00}$, w osadzie wałeczków i ciałek czerwonych mniej. 30. XII. Moczu 1700 ctm. sz., c. g. 1.010, domieszki krwi gołem okiem zauważyć nie można, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie składników chorobowych mniej. 31. XII. Moczu 1400 ctm. sz., c. g. 1.012, białka 0.2$^0/_{00}$, w osadzie wałeczki szkliste, drobno i gruboziarniste (1—2 w polu widzenia), nabłonek nerkowy rzadko, ciałek białych krwi 5—8 w polu widzenia, czerwonych 3—4 nie w każdem polu widzenia.

W danym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny otrzymaliśmy znaczne zwiększenie się ilości krwi w moczu (od pojedyńczych ciałek czerwonych do całego ich mnóstwa), tudzież i wałeczków. Największego stopnia wydzielenie się krwi dosięgło 4. dnia i na tym poziomie trzymało się prawie przez 3 doby. Powrót do stanu pierwotnego nastąpił dopiero 11 dnia. Również w tym przypadku po wstrzyknięciu żelatyny zauważyliśmy zmniejszenie się ilości moczu (z 1700 ctm. sz. na 900 ctm. sz.) i podniesienie się ciężaru właściwego (z 1.007 na 1.015) przyczem powrót do stanu pierwotnego nastąpił zaledwie na 9. dzień, kiedy stan nerek zaczął już wyraźnie poprawiać się po otrzymanym urazie. Objawy podmiotowe po wstrzyknięciu żelatyny były dość ciężkie.

16 Obostrzenie przewlekłego zapalenia nerek. Ciąża VI m. K. K. lat 33, wstąpiła do kliniki szpitalnej 12. X. 1906 r. Przeziębiła się w nocy 27. IX., poczem doznała wstrząsających dreszczów i wymiotowała dwukrotnie Choroba przebiegała z silnem kłuciem w prawym boku i suchym kaszlem. Mocz był barwy ciemno-czerwonej. Ciepłota ciała wahała się od 37,^{0}6 do 38,^{0}8. Do 3. X. ciepłota ciała spadła do poziomu prawidłowego, pozostało atoli znaczne osłabienie i ciemno-czerwone zabarwienie moczu. Zaczerwienienie moczu od czasu do czasu chora zauważa już od 4. miesięcy. Ostatnimi czasy uskarża się także na krwawienia z nosa i osłabienie wzroku. Ciąża w 6. miesiącu. Chora podaje, że już blisko dwa lata jest bardzo blada i doznaje bolów głowy i krzyża.

Skóra i widzialne błony śluzowe bardzo blade z niewielkiem zabarwieniem żółtaczkowem. Podściółka tłuszczowa mierna, obrzęków niema. Granice stłumienia serca: prawa nieco przekracza za lewą linię mostkową, górna ną 4. żebrze, lewa na 1$^1/_2$ palca na wewnątrz od linii sutkowej. Tony czyste; tętno 80 w 1 minucie, miękkie. Brzuch powiększony, jak u ciężarnych, dno macicy wyczuwa się na poziomie pępka. Wątroba macalna na palec poniżej łuku żebrowego, miękka, bolesna. Śledziona wyczuwalna na 2 palce pod łukiem żebrowym, miękka, nieco bolesna. Nieprzyjemne uczucie przy wstrząsaniu w okolicy nerek. Dobowa ilość moczu 1500 ctm. sz., c. g. 1.009, odczyn obojętny, barwy ciemnych popłuczyn mięsnych, mętnawy, białka 1$^0/_{00}$, cukru niema; ślady barwików żółciowych, odczyn Hellera i Ira-Willy dodatni; w osadzie dużo wałeczków drobno — i gruboziarnistych i niewielka ilość krwistych, nabłonkowych i szklistych; dużo wolnych czerwonych ciałek krwi, miejscami wyługowanych, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w kupkach po kilkadziesiąt; dużo nabłonka nerkowego, z dróg moczowych i pochwy.

Zalecono dyetę mleczną i wanny 28^0—29^0 R. po 10

do 15 minut. Od 12. X. do 30. X. zabarwienie żółtaczkowe skóry ustąpiło zupełnie. Ilość i ciężar właściwy moczu oraz zawartość w nim krwi, białka i składników morfotycznych wahają się w bardzo nieznacznych granicach. Stan podmiotowy przez cały czas niezadawalniający.

31. X. Moczu 1600 ctm. sz., c. g. 1.009, barwa ciemno czerwona, białka 0.6‰; w osadzie dużo wałeczków drobno i gruboziarnistych, niewielka ilość szklistych, nabłonkowych i krwistych, dość dużo ciałek czerwonych krwi oraz nabłonka nerkowego, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w postaci zlepków. Ze względu na ciążę zamiast podskórnego wstrzyknięcia żelatyny podano wewnętrznie w postaci kisielu 20.0 żelatyny. Podniesienia się ciepłoty ciała niema. 1. XI. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.010, białka 0.3‰, mocz o barwie jaśniejszej; w osadzie wałeczków krwistych mniej. Stan podmiotowy zadawalniający. Wewnętrznie 20.0 żelatyny. 2. XI. Moczu 1800 ctm. sz. jeszcze jaśniejszego, c. g. 1.009, białka 0.25‰, wałeczków krwistych niema, ziarnistych i nabłonkowych, tudzież nabłonka nerkowego mniej. 3. XI. W moczu domieszki krwi gołem okiem zauważyć się nie daje; dobowa ilość 1900 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0,2‰; w osadzie składników morfotycznych mniej. 4. XI. Moczu 1800 ctm. sz., c. g. 1.009, białka 0.1‰; w osadzie niewielka ilość wałeczków szklistych, drobno i gruboziarnistych (po 1—2 nie w każdem polu widzenia); ciałka czerwone krwi 1—2 nie w każdem polu widzenia, ciałek białych 1—2 w polu widzenia, miejscami w postaci zlepków. Stan podmiotowy dobry. Okolica nerek nie bolesna. Wątroba i śledziona mniejsze, mało wrażliwe na dotykanie.

W danym przypadku już po 1. dawce żelatyny wewnętrznie ilość krwi w moczu wyraźnie się zmniejszyła; po 2. dawce, dnia następnego, uwidoczniła się różnica i w ilości chorobowych składników morfotycznych w osadzie. Czwartego dnia po pierwszem zażyciu żelatyny nie można było gołem okiem zauważyć krwi w moczu. Stan nerek szybko z każdym dniem polepszał się. Jednakże, czy zależało to od żelatyny, czy od wanien, spokoju i dyety mlecznej, powiedzieć z pewnością nie można. Na ilość i ciężar właściwy moczu, jakoteż na ciepłotę ciała podawanie wewnętrzne żelatyny wpływu nie miało.

We wszystkich więc przypadkach III. grupy po podskórnem wprowadzeniu żelatyny otrzymaliśmy wzmożenie się krwotoku nerkowego, przyczem tylko po pierwszem wstrzyknięciu w przypadku 11. owo wzmożenie się zaznaczyło się niewielkiem zwiększeniem się ilości czerwonych ciałek krwi, zwykle zaś występowały dość znaczne krwotoki z jednoczesnem zwiększeniem się ilości wałeczków i nabłonka nerkowego. Największe wydzielanie się krwi następowało zwykle na 3-ci dzień po wstrzyknięciu żelatyny, trzymało się na takim poziomie przez 1—4 dni, następnie ilość krwi zmniejszała się i powracała do dawniejszych granic mniej więcej koło 7-go dnia, tylko w przypadku 11. po drugiem wstrzyknięciu po miesiącu jeszcze nie było powrotu do dawnego stanu. Po podskórnem wstrzyknięciu żelatyny tylko w jednym przypadku (15) otrzymaliśmy zmniejszenie się ilości moczu i zwiększenie się ciężaru właściwego. Objawy przedmiotowe i podmiotowe, niezależnie od stanu nerek, wahały się od bardzo nieznacznych (przypadek 14) do bardzo ciężkich (przypadek 15). Z naszych spostrzeżeń odnieśliśmy wrażenie, jak gdyby odsetkowa zawartość żelatyny we wprowadzonym pod skórę rozczynie nie miała wpływu na objawy przedmiotowe i podmiotowe.

Jak widać z przytoczonych historyi chorób, podział naszych chorych na 3 grupy jest zupełnie usprawiedliwiony z klinicznego punktu widzenia, gdyż wpływ podskórnych wstrzykiwań żelatyny w każdej grupie jest inny. Pewne podobieństwo daje się zauważyć tylko pomiędzy I. i II. grupą. Jak tu, tak i tam w niektórych przypadkach (grupa I. — przypadki 2 i 3, grupa II. — przypadki 5, 7 i 8) zwykle na 3-ci dzień po wstrzyknięciu żelatyny zjawiały się ślady białka (próba z kwasem azotowym), resp. zwiększenia się już istniejącego przedtem białkomoczu, oraz zjawienia się niewielkich ilości wałeczków szklistych, lubo zwiększenia się ilości spostrzeganych wcześniej Jednakże te objawy powikłania ze strony nerek ustępują najczęściej na 4—5. dzień, nie pozostawiając żadnych widomych śladów przebytego powikłania. Przypadek 10. włączono do grupy II., albowiem, pomimo, że spostrzegano w nim czasem wałeczki szkliste, krwawienie było najprawdopodobniej pochodzenia miedniczkowego. W tym przypadku żelatyna na krwotok dodatnio nie wpłynęła. Wogóle na chore nerki (bez krwawienia miąższowego), również jak i na zdrowe, żelatyna nie wywiera bardzo szkodliwego wpływu. Co zaś do grupy III., to tu we wszystkich przypadkach otrzymaliśmy wzmożenie się krwotoku, przyczem największa ilość krwi w moczu przypada na 3—4. dzień, powrót zaś do dawnego stanu przypada na 7—9. dzień, a w niektórych przypadkach (przypadek 11) nie możemy go doczekać się nawet po miesiącu. Fakt ten wskazuje na to, że jeżeli kłębki są o tyle zmienione, że przepuszczają czerwone ciałka krwi, to działanie żelatyny robi je drożnemi dla krwi, jak rzeszoto. Potwierdzenie naszego przypuszczenia znajdujemy w badaniach anatomo-patologicznych Gawriłowa, który po wśródżylnych wstrzykiwaniach żelatyny u zwierząt spostrzegał na preparatach drobnowidowych rozszerzenie naczyń włoskowatych, a w torebkach kłębków pomiędzy kulkami żelatyny pojedyncze czerwone ciałka krwi. Przypadki Freudweilera[11]) są podobne do naszych przypadków z grupy III. Przypadki zaś innych autorów, gdzie przy krwotocznem zapaleniu nerek otrzymywano, po podskórnych wstrzyknięciach żelatyny, ustanie wydzielania się krwi w moczu, należy uważać albo za przypadkowe (przypadek Schwabe[11]), albo za błędy rozpoznawcze, np., 2. przypadek Grunowa[18]) jednostronnego zapalenia krwotocznego nerek, następnie obydwa przypadki Bergera[10]), gdzie w pierwszym obecność krwotocznego zapalenia nerek jest bardzo wątpliwą, a w 2. przypadku było jakieś swoiste krwawienie; w przypadkach zaś Gossnera[17]), w 1. Grunowa chodziło najprawdopodobniej o zapalenie miedniczek nerkowych.

Spostrzeganych przez nas powikłań nie możemy kłaść na karb zanieczyszczenia żelatyny toksynami drobnoustrojów, jak to twierdzi Stursberg, ponieważ jedna i ta sama żelatyna jednocześnie przygotowana w jednych przypadkach wywoływała powikłanie, w drugich nie; przyczyny więc należy szukać nie w żelatynie, ale w zmianach w nerkach.

Objawów mocznicy po wstrzyknięciu żelatyny nie spostrzegaliśmy ani razu. Na ilość moczu podskórne wstrzyknięcie żelatyny wywarło wpływ tylko w jednym przypadku, mianowicie nastąpiło zmniejszenie się ilości z jednoczesnem podniesieniem się ciężaru właściwego.

Co do przypadku 16 zaś, to przytoczyliśmy go nie dlatego, by pokazać, że w przeciwstawieniu do podskórnych wstrzykiwań żelatyny, krwotoczne zapalenia nerek można leczyć wewnętrznem stosowaniem żelatyny, jeno

dlatego, że w niektórych przypadkach, jak naprzykład w danym, podskórne stosowanie żelatyny jest ryzykowne, gdy tymczasem wewnętrzne podanie żelatyny może przynieść pewną korzyść, nie wywierając przytem żadnych ubocznych szkodliwych wpływów. Tak np., Sorgo [21]), Hahn [22]) i inni wskazują, że żelatyna podana wewnętrznie nietylko nie wywiera szkodliwego wpływu na nerki, lecz w niektórych przypadkach otrzymano nawet bardzo dodatnie wyniki. Laffont [23]) nawet radzi leczyć w ten sposób białkomocz. Zupełnie więc odosobnionem jest spostrzeżenie Bauermeistra [25]) co do ujemnego wpływu wewnętrznego stosowania żelatyny. Przytoczymy przeto ten przypadek w skróceniu:

Chorej z przewlekłem miąższowem zapaleniem nerek, silnymi krwotokami macicznymi, a także nosowymi i podskórnymi, znacznymi bolami i zawrotami głowy, osłabieniem pamięci, z powodu krwotoków z macicy, podano 9 razy w ciągu dnia po 10,0 żelatyny, miejscowo zaś, tamponada szyjki gazą żelatynowo-sublimatową. Po 36 godzinach krwotok ustał, lecz na drugi dzień chora zmarła przy objawach mocznicy.

W tym przypadku śmierć nastąpiła, mojem zdaniem, najprawdopodobniej niezależnie od stosowania żelatyny, ponieważ z jednej strony u chorej jeszcze przed stosowaniem żelatyny spostrzegano już objawy mocznicy, jako to: silne bole i zawroty głowy, osłabienie pamięci, z drugiej zaś strony nie mogło pozostać bez wpływu na chore nerki wchłanianie się sublimatu z tamponu.

Na podstawie więc wszystkiego, co przytoczono powyżej, powinniśmy przyznać, że

1. Na ilość i ciężar właściwy moczu podskórne wstrzykiwania żelatyny w zwykłych leczniczych dawkach wpływu nie mają.

2. W przewlekłych miąższowych i w przewlekłych śródmiąższowych zapaleniach nerek bez miąższowych krwawień nerkowych, podskórne wstrzykiwania żelatyny w dawkach leczniczych wielkiej szkody nie czynią, zwiększając tylko w niektórych przypadkach, i to stosunkowo na krótko, zawartość białka i chorobowych składników morfotycznych w moczu.

3. W schorzeniach nerek z miąższowymi krwotokami nerkowymi, podskórne wstrzykiwania żelatyny nietylko nie zatrzymują, lub nawet nie zmniejszają wydzielania się krwi, lecz, przeciwnie, wzmagają krwotoki, dla tej więc przyczyny podskórne wstrzykiwania żelatyny w tych przypadkach są bezwarunkowo przeciwwskazane.

Piśmiennictwo. Przytaczam według Gawriłowa: O wydielenji żełatiny poczkami. Dyss. Kijów, 1903 r. — 2) Tamże. — 3) Tamże. — 4) Tamże. — 5) Tamże. — 6) Gaz. degli osped. e delle clin. 1900, Nr 13. Ref. z Ctb. für inn. Med. 1900, Nr 45. — 7) Przytocz. wedł. Stursberga: Virchow's Archiv 1902, T. 167, Z. 2. — 8) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 24. — 9) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 50. — 10) Przegl. lek. 1909, Nr 10—12. — 11) Ctb. für inn. Med. 1900, Nr 27. — 12) Ctb. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1900, Z. 3. — 13) Würzb. Abt. T. 3. Z. 5. Ref. z Ctb. f. inn. Med. 1903, Nr 30. — 14) Med. Record 1901, 28 sept., Ref. Wracz 1901, Nr 42. — 15) Casopis lék. cesk. Ref. Ctb. für inn. Med. 1908, Nr 35. — 16) Therap. Monatsh. 1900, Nr 6. — 17) Münch. med. Wochs. 1901, Nr 2. — 18) Berl. klin. Wochs. 1901, Nr 32. — 19) Virchow's Archiv 1902, T. 167, Z. 2. — 20) Arch. für exper. Pathol. und Pharmac. 1906, Z. 2—3). — 21) Ther. der Gegenw. 1900, sept. — 22) Münch. med. Wochs. 1900, Nr 42. — 23) Journ. of Amer. Med. Ass. 1902, 10 mai. Ref. Bolniczn. Gaz. 1902, Nr 50. — 24) Deutsche med. Wochs. 1899.

O gruczołach przytarczycowych

(glandulae parathyreoideae).

Napisał

Prof. Dr Adam Bochenek.

Kiedy w roku 1860 Luschka odkrył w ustroju człowieka gruczoł ogonowy (glandula coccygea), napisał Hyrtl w znanym podręczniku anatomii, że trudno było przypuszczać, aby anatomia preparująca nożem zdołała jeszcze znaleźć w ustroju ludzkim jaki nowy, nieznany dotąd narząd. Dalsze dzieje anatomii wykazują jednak, że twierdzenie Hyrtla nie było bynajmniej słuszne, gdyż po odkryciu Luschki poznano jeszcze nowe narządy. Takimi nowo odkrytymi narządami są gruczoły przytarczycowe [1]) (glandulae parathyreoideae), dalej paraganglia, należące do systemu narządów chromochłonnych, wreszcie gruczoły krwisto-limfatyczne. Pierwszymi z wymienionych tworów ma się zająć moje sprawozdanie.

Zaznaczyć musimy odrazu, że nie będziemy tu mówić o gruczołach tarczycowych dodatkowych (gl. thyreoideae accessoriae), o których pisali Verneuil, Kadyi, Zuckerkandl, Madelung i inni, ani też o gruczołach limfatycznych, napotykanych poza gruczołem tarczowym, ale o tworach, opisanych po raz pierwszy przez Sandströma, mających sobie właściwą budowę mikroskopową i jak dotychczasowe doświadczenia wykazują, ważną czynność fizyologiczną.

Literatura tego przedmiotu w piśmiennictwach zagranicznych jest już obfita, w polskiem piśmiennictwie napotykamy dotychczas jedyną pracę Leśniowskiego, dlatego też zdawało mi się potrzebnem zdać sprawę z wyników, do jakich doszli badacze, zajmujący się tą sprawą.

Gruczoły przytarczycowe u różnych autorów zagranicznych noszą różne nazwy; dla umożliwienia oryentacyi w literaturze obcej zestawiam poniżej szereg nazw, używanych w piśmiennictwie francuskiem i niemieckiem. Francuzi nazywają je: glandules thyreoides, glandules parathyreoides, glandules thymiques (jedne z nich), glandules branchiales, Niemcy — Nebenschilddrüsen, albo często Epithelkörperchen.

Sandström, który gruczoły przytarczycowe odkrył, opisał także dokładnie ich położenie anatomiczne i budowę histologiczną, tak że dalsze badania tylko uzupełniły obraz gruczołów, dany przez Sandströma. Widział on je na 50 zwłokach ludzkich, a także u psa, kota, konia, wołu i królika. Według jego opisu są to gruczołki, symetrycznie mniej więcej leżące, a znajdujące się po każdej stronie w liczbie dwóch. Anatomicznie leżą one zwykle w blizkości rozgałęzień tętnicy tarczowej dolnej (arteria thyreoidea inferior). Budową mikroskopową miały one, zdaniem Sandströma, przypominać budowę zarodkowego gruczołu tarczowego. Nazwą też, nadaną im, chciał Sandström zaznaczyć, że stosunek ich do gruczołu tarczowego uważa za taki, jaki n. p. ma przyjądrze (paradidymis) do jądra, a przyjajniki (parovarium) do jajnika.

Nie wiedząc o pracy Sandströma, opisywali po nim Baber, Wölfler i Rogowicz gruczoły przytarczycowe, uważając je za nierozwinięte cząstki gruczołu tarczowego. Ro-

[1]) W dyskusyi, jaka rozwinęła się przy sposobności wykładu, wygłoszonego na ten temat przez autora w Towarzystwie lekarskiem krakowskiem, okazało się, że są wątpliwości, jak gruczoły te właściwie nazwać należy. Autor nazywał je wtedy gruczołami przytarczykowymi lub przytarczowymi. Prof. Browicz proponował nazwę gruczołów przytarczycznych, ponieważ jednak nazwa ta jest dość trudna do wymówienia i brzmi niedźwięcznie, autor w niniejszym artykule posługuje się nazwą »gruczoł przytarczycowy«, użytą w piśmiennictwie polskiem przez kol. Dra Leśniowskiego, któremu, jako pierwszemu w tej sprawie piszącemu w naszym języku, prawo nadania nazwy przysługuje.

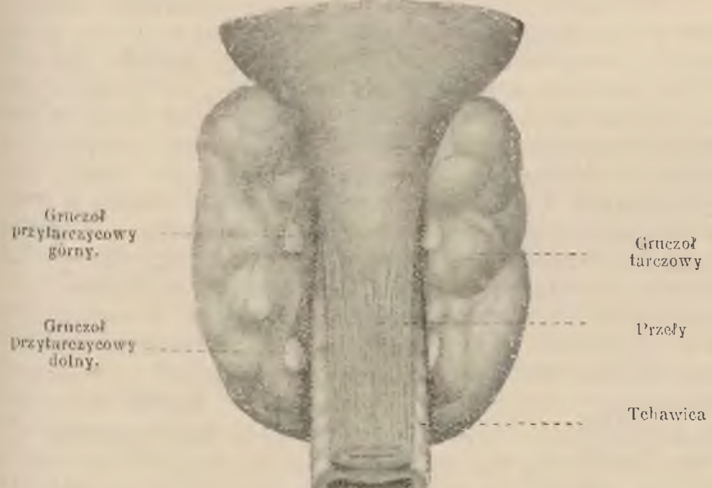
gowicz przypuszczał, że po wyczerpaniu się innych dróg wzrostu gruczołu tarczowego, elementa gruczołów przytarczycowych dostarczają nowego materyału komórkowego do wzrostu gruczołu tarczowego, przybierając definitywnie taką samą budowę i czynność fizyologiczną, jak tarczyca.

Dopiero prace Gleya, wykonane w roku 1892 nad fizyologią gruczołu tarczowego, zwróciły znowu uwagę na zapomniane odkrycie Sandströma. Od tego czasu mnożą się badania nad gruczołami, tak u zwierząt, jak i u ludzi.

Zaznaczywszy, że gruczołami tymi u zwierząt zajmowali się Cristani, (u szczura, myszy domowej i myszy polnej), Kohn (u kota i królika), Schaper (u owcy), Symington (u leniwca), Nicolas (u nietoperzy i owadożernych, t. j. jeża i kreta), Zuckerkandl (u dydelfa) i Erdheim (u szczura), przejdziemy odrazu do stosunków u człowieka, zbadanych przez Benjaminsa, Zuckerkandla, Mac-Calluma i Petersena.

a) Anatomia gruczołów przytarczycowych.

Normalnie znajdujemy z każdej strony po dwa gruczoły przytarczycowe. Od tej reguły istnieją wyjątki, dość jednak rzadkie. Widziano z jednej strony brak zupełny gruczołów, czasami widziano tylko jeden, czasami za to aż trzy. W ostatnim wypadku widział Benjamins, że dwa z nich były połączone sznurem tkanki nabłonkowej, tak że należało uważać je za dwie części, które oddzieliły się z jednej całości. Oba leżą jeden ponad drugim na tylnym brzegu bocznych płatów gruczołów tarczycowych, zwykle bliżej dolnych ich brzegów. W tem położeniu zostają one w blizkim stosunku do rozgałęzień tętnicy tarczowej dolnej (art. thyreoidea inferior) i do rozgałęzień nerwu krtaniowego dolnego (n. laryngeus inferior) (Benjamins, Erdheim).



Gruczoł tarczowy i gruczoły przytarczycowe u człowieka, widziane od tyłu.

Z dwóch gruczołów, niżej leżący znajduje się zwykle w miejscu, w którem dolna z dwu gałęzi tętnicy tarczycowej wchodzi w tkankę gruczołu tarczowego. Nierzadko jednak leży on albo trochę z boku od gruczołu tarczowego, albo też poniżej niego; w tym wypadku może się ułożyć tuż przy tchawicy, w tłuszczu otaczającym ją od przodu.

Gruczoł górny ma położenie bardziej stałe, gdyż leży prawie zawsze w wysokości górnego przyczepu mięśnia tarczowo-pierścieniowego (m. crico-thyreoideus). W gruczole tarczowym znajduje się zwykle w tej wysokości wcięcie, które otacza wyraźny guzowaty odcinek gruczołu. Tuż przy tej szczelinie, zwykle powyżej niej, leży właśnie gruczołek. Przez tę szczelinę wchodzi zwykle w obręb gruczołu tarczowego górna gałąź tętnicy tarczowej. Z nią więc pozostaje gruczołek ten w blizkim stosunku. Gruczołki oba leżą u człowieka na zewnątrz torebki gruczołu tarczowego. U zwierząt często dolny leży wśród tkanki gruczołu tarczowego, przyczem elementa komórkowe obu gruczołów mogą przechodzić bezpośrednio jedne w drugie. Kształt obu gruczołków jest spłaszczony, górny miewa najczęściej postać wydłużoną, nierzadko nerkowatą, czasami jednak może być bardziej zaokrąglony. Zwykle jednolity, może czasem przedstawiać budowę płatowatą.

Wymiary osi najdłuższej wahają się między 3 a 15 mm, grubość nie przenosi 1 mm.

Gruczołek dolny miewa kształty podobne do górnego, częściej jednak jest zaokrąglony.

Barwa obu gruczołków u ludzi dojrzałych jest brunatnawo lub żółtawo czerwona, u dzieci do 2. lub 3. roku życia ciałka nabłonkowe są jaśniejsze, mniej żółte, a bardziej szare. Barwą swą odbijają gruczołki dość wybitnie od tarczycy samej, jakoteż od gruczołków limfatycznych, leżących w tejże samej okolicy. Często jednak dopiero badanie mikroskopowe dozwala stanowczo stwierdzić, czy znaleziony gruczoł jest gruczołkiem przytarczycowym, czy nie.

Erdheim badając szczury, a to w ten sposób, że rozkładał na seryę skrawków mikroskopowych całą tchawicę wraz z otoczeniem aż po wejście jej w obręb klatki piersiowej, znalazł w szczytach płatów grasicznych małe dodatkowe gruczołki przytarczycowe, nieraz w większej liczbie (3—5). Co do istnienia podobnych gruczołków dodatkowych u człowieka, nie mamy dotąd żadnych wiadomości, ze względu jednak na rozwojowy stosunek gruczołków do grasicy, istnienie ich i u człowieka jest dosyć prawdopodobne.

(C. d. n.).

Oceny i sprawozdania.

Czerny: **Lekarz, jako wychowawca dziecka.** Z drugiego wydania przetłómaczył Dr A. Mamrot. Warszawa. E. Wende i Sp. 1910.

Wykłady jednego z najwybitniejszych współczesnych pedyatrów niemieckich, wydane pod tym tytułem, miały na celu z jednej strony pouczyć lekarzy, kiedy może ich rada w sprawach wychowania być potrzebna i jakich zasad wtedy trzymać się należy, z drugiej zaś strony uchronić ich od popełniania w praktyce błędów w postępowaniu, szkodliwych pod względem pedagogicznym. Zadanie było wdzięczne, a zamiar pożyteczny, zwłaszcza wobec tego, że nawet lekarzom-pedyatrom daje się nieraz odczuwać brak znajomości pedagogii, która to znajomość i ze stanowiska ściśle lekarskiego jest konieczna. Książka Czernyego potrzeby tej w całej rozciągłości nie może zaspokoić z powodu swych szczupłych rozmiarów, w każdym jednak razie przynosi główne przynajmniej zasady i zachętę do dalszych studyów w tym kierunku. A to już jest bardzo wiele. To też zarówno tłómaczowi, jak i wydawcy, należy się szczere uznanie za przyswojenie tej rozprawki naszemu piśmiennictwu.

Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Keppler. **W sprawie leczenia złośliwego czyraka twarzy.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 7—8). W sprawie leczenia złośliwego czyraka twarzy przeważa zdaje się obecnie postępowanie o ile możności doszczętne, a to z obawy przed wystąpieniem ogólnego zakażenia. Przypala się więc czyraka lub przecina głęboko cięciem krzyżowem, a są tacy, którzy nawet wycinają czyraka, jak nowotwór, w zdrowem (Riedel). Wstrzykiwania w ognisko

lub w otoczenie karbolu, jodyny i t. p. zostało obecnie już zarzucone, choć niektórzy otrzymywać mieli przy tem korzystne wyniki (Schede).

W zupełnem przeciwieństwie do tego postępowania doszczętnego stoją ci, którzy radzą przy złośliwym czyraku postępować zachowawczo. Lenhartz np. jest zdania, że zbyt energiczne leczenie wprost wywołuje nieraz zakażenie ogólne, zwłaszcza przy czyrakach warg. Podobnego zdania był Thiersch i obecnie jest Kümmel. Również w klinice uniwersyteckiej berlińskiej postępuje się przy złośliwym czyraku twarzy, ew. karku, o ile możności zachowawczo. W ostatnich czasach stosowano przy tem, i to ze skutkiem nadzwyczaj dobrym, zastoinę żylną zapomocą opaski, zakładanej na 20—22 godzin. W miarę, jak cierpienie znika, skraca się też czas leżenia opaski na szyi. Z początku zwiększa się przy tem obrzęk, jednak potem zwiększa się wydzielina i naciek zmniejsza się. Ból znika zwykle pod opaską, a gdy nie zniknie, lecz nasila się, należy opaskę zwolnić, bo jest na pewno założona za mocno. Twarz, zwłaszcza koło miejsca chorego, wygląda przy tem strasznie, jest sina, obrzękła, ale nie należy się tem zrażać. W ten sposób leczono w klinice berlińskiej wszystkie przypadki czyraka złośliwego. Od zabiegów doszczętnych odstąpiono zupełnie, jedynie w razie utworzenia się wybitnego ropnia, nakłuwano go, a zresztą na dane miejsce przykładano opatrunek z maści. Leczono przypadki ciężkie z wysoką gorączką i dreszczami; we wszystkich osiągnięto zupełne wyleczenie.

Wobec tych dobrych wyników uważa K. przy złośliwym czyraku twarzy leczenie zachowawcze, a zwłaszcza zastoinę, za najracyonalniejszy sposób leczenia w przeciwieństwie do zabiegów doszczętnych, które nieraz wprost szkodzą. K.

Prof. Schnitzler. **Kilka uwag w sprawie patologii i terapii czyraka.** (Öster. Ärzte-Ztg. 1910, Nr 1). Czyrak powstaje przeważnie wskutek urazu. Uraz ten może być bardzo mały; wystarcza już otarcie skóry kołnierzem, brzegiem mankietu i t. p., a zarazki znajdują się przecież wszędzie. Gdy się wytworzy już jeden czyrak, wtedy ustrój staje się niejako przeczulony (anaphylaktisch) i skłonny do licznych czyraków, zwłaszcza, jeżeli nie zachowuje się czystości i odpowiednich ostrożności. Czyrak zwykły pociągać może za sobą skutki nawet poważne. Tak n. p. spostrzegano już jako powikłanie czyraka ropnie kołonerkowe. Czyrak, już gojący się, pod wpływem urazu może na nowo się powiększyć lub też utworzyć na nowo ognisko i to nawet w głębi, na co przytacza S. przykłady. Co do leczenia czyraków, to w razie silnych objawów wykonuje S. wycięcie szczytu guza, natomiast cięcie krzyżowe odrzuca, albowiem cięcie to rychło się zasklepia. Naturalnie chodzi tu o przypadki bardzo ciężkich czyraków, np. na twarzy u osób cierpiących na cukrzycę i w podeszłym wieku. Natomiast nie uznaje S. zupełnie leczenia zastoiną i ssawkami, albowiem przy sprawach zamkniętych jest ono niebezpieczne, a przy otwartych niepotrzebne. K.

Hess. **Prątek durowy jako sprawca ropienia.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 5). W przypadku duru brzusznego spostrzegał H. zapalenie ropne okostnej zębowej, a w ropie wykazano czystą hodowlę prątka durowego. Znaną jest rzeczą, że w przebiegu duru brzusznego występują często ropnie; chorzy na dur bardzo skłonni są do ropienia i rozmaite drobnoustroje ropne łatwo wtedy w ustroju się usadawiają. Natomiast mniej rozpowszechniona jest wiadomość o tem, że i prątki durowe same wywołać mogą typowe ropienie. Wykazali to Gasser, Łukasiewicz, Colzi, Dmochowski i Janowski. Niektórzy twierdzą, że w ropniach durowych dlatego znajduje się tylko prątki durowe, bo drobnoustroje ropne rychło wobec nich giną. Przeciwko temu przemawiają liczne doświadczenia Barciego, Michona i innych. Zwykle ropienia durowe występują u ludzi młodych w okresie zdrowienia po chorobie, a czasem w kilka miesięcy, a nawet i lat po przebyciu duru. — Prątek durowy zachowuje się tu nieraz podobnie, jak gruźliczy, drzemiący nieraz latami, a potem nagle rozwijający swe działanie. Dmochowski i Janowski dowodzą, że prątki durowe usadawiają się chętnie w miejscach zmienionych patologicznie, n. p. w zwyrodniałych mięśniach brzusznych, gdzie łatwo występują pęknięcia pęczków, krwotoki śródmięśniowe, a następowo ropnie. Nie rzadko ropnie durowe spotyka się także w mięśniach przywodzących udo i w mięśniach ramienia. Znaną jest rzeczą, że po durze występują często ropnie w gruczole tarczowym, w ropie spotyka się czyste hodowle prątków. Cierpienie to jest tak częste, że na 73 przypadków zapalenia wola Walther w 40 wykazał jako przyczynę dur. Nierzadko też ropnie durowe występują w zmienionych chorobowo jajnikach. Skłonne do ropień durowych są też wszystkie miejsca tkanki podskórnej, narażone na uderzenia, ucisk, dalej zakrzepy w żylakach i t. p. Nierzadko występują ropnie durowe w miejscach, gdzie wstrzykiwano kamforę, morfinę, lub podskórnie wlewano sól kuchenną

Sennert przytaczy następujący przypadek: 6-letni chłopak wskutek upadku odniósł stłuczenie okolicy wątroby z wytworzeniem się krwiaka. W 5 tygodni potem zapadł na dur, a w 4. tygodniu w wątrobie w miejscu krwiaka wytworzył się ropień, który nacięto. W ropie hodowla prątków durowych. Znane są też przypadki ropni płuc na tle zakażenia zawału płucnego prątkami duru, oraz ropienia podurowe nerek. Z układu kostnego najczęściej ropieniu durowemu ulegają: kość goleniowa i żebra. Doświadczalnie wykazano także, że u zwierząt w razie wstrzyknięcia prątków durowych do krwi tworzą się ropnie w złamanych kościach. Fakta podobne spostrzegano także u ozdrowieńców po durze, n. p. po urazach. K.

Schichhold. **Leczenie t. zw. schorzeń gośćcowych od strony migdałków.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 6). S. hołduje teoryi Güricha, który twierdzi, że migdałki tworzą wrota zakażenia wszelkich spraw gośćcowych. Istnieje już wiele dowodów na to, że łączność schorzeń migdałków z gośćcem jest ścisła. Tak np. ludzie, cierpiący na gościec, zapadają bardzo często na migdałki, a nawet, jak to wykazuje S., bardzo często chorzy nie wiedzą o tem, i dopiero badanie lekarskie wykazuje nieraz nawet rozległe zmiany w migdałkach. Dlatego też u każdego chorego na gościec powinno się badać i leczyć migdałki. Badanie powinno być dokładne, zapomocą haczyka odchylającego łuki. Łączności zmian migdałków z cierpieniami stawów dowodzi też fakt wybitnej poprawy w stawach po wycięciu zmienionych migdałków. Doświadczenie autora obejmuje 70 przypadków. S. poleca dokładne wyłuszczenie migdałków. Krwotoku większego obawiać się nie należy, a sposób ten wiedzie do celu rychło i pewniej, niż rozcinanie i wyczyszczanie poszczególnych zaułków migdałka. Po wycięciu migdałków występuje z początku poprawa, a potem pogorszenie stanu stawów jako wyraz odczynu, poczem dopiero następuje poprawa, względnie wyleczenie stałe. Leczenie to wpływa również korzystnie na świeże sprawy sercowe.

Curschmann zwrócił uwagę, że schorzenie migdałków pociąga często za sobą schorzenia nerek. S., potwierdzając to, donosi, że uzyskał wybitną poprawę, a nawet wyleczenie sprawy nerkowej przez leczenie migdałków. Stosowane zwykle odcinanie migdałków zapomocą tonsylotomu nie wiedzie do celu, usuwa bowiem część migdałka wystającą i zwykle właśnie najmniej zmienioną; S. zaleca jedynie zabieg doszczętny. K.

Okulistyka.

Aurand. **Sporotrichosis oculi.** (Rev. gén. d'ophth. 1909, Nr 6). Autor wykonał szereg doświadczeń i przekonał się, że zaszczepienie grzybka »sporotrix Beurmann« udaje się tylko wyjątkowo, ale nie wywołuje zmian charaktery-

stycznych. U królika powstają w 15 dni po wstrzyknięciu podspojówkowem hodowli nacieki żółtawe, bez silniejszego odczynu zapalnego i bez zajęcia sąsiednich gruczołów. Sporotrichosis corneae występuje u królika w dwóch postaciach: albo tworzy naloty, przypominające grzybicę kropidlakową (aspergillosis) powierzchowną, albo głębokie nacieki, podobne do gruźlicy rogówki. Wstrzyknięcie hodowli do przedniej komory wywołuje średnio po upływie pięciu dni ograniczony naciek na rogówce, przypominający z wejrzenia gruzełek. Guzek ten niema skłonności do rozmiękania, sprawa zazwyczaj się nie szerzy, lecz ulega wessaniu. Wstrzyknięta do ciała szklistego hodowla wywołuje powstanie śnieżnobiałych okrągłych, lub owalnych ognisk, bez obwódki barwikowej, rozsianych po siatkówce i naczyniówce. Sprawa może jednak przybrać postać rozległych, białych nalotów, przypominających grzybicę kropidlakową doświadczalną naczyniówki. Ogniska sporotrychozy w siatkówce i naczyniówce goją się w kilku tygodniach z pozostawieniem małych plamek rozsianych, mimo to jednak często następuje zapalenie nerwu wzrokowego ze znacznym obrzękiem tarczy. K. W. Majewski.

Doc. Salzer. **W sprawie plastyki rogówki.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 28). Tkanki przeszczepiać możemy w trojaki sposób: 1) z jednego miejsca u tego samego osobnika na drugie (autoplastyka), 2) z jednego osobnika na drugi pokrewny (homoplastyka), 3) z osobnika jednego na inny całkiem różny (heteroplastyka). Praktyczne jedynie dwa pierwsze sposoby wchodzą w rachubę. Co do rogówki, to rzecz ma się tu o tyle odmiennie, że przeszczepiona tkanka nie przygaja się zwykle w stanie niezmienionym, gdyż część ulega zanikowi i zostaje zastąpiona przez zwykłą tkankę ziarninową. Tak n. p. przy zastępowaniu rogówki ludzkiej zwierzęcą może wprawdzie nastąpić dobre przygojenie, ale wkrótce przerasta przeszczepiona rogówka tkanką, pochodzącą z otoczenia. Zwłaszcza łatwo wydarza się to przy plastycznem leczeniu garbiaka (staphyloma), już z natury obfitującego w tkankę łączną i naczynia w otoczeniu. Natomiast przeszczepiona rogówka może przygoić się idealnie, jeżeli przeszczepiamy w rogówkę zresztą zdrową, n. p. przy sparzeniach wapnem, choćby nawet przeszczepiać trzeba było bardzo duży kawałek. S. używał u królików do przeszczepiania błonki jaja i rogówki konia, ustalonej w formolu. Odczyn był przytem bardzo mały, a przeszczepione kawałeczki przyjmowały się i pozostały przeźroczyste nawet po miesiącach. O ile więc reszta rogówki jest zdrową, przeszczepianie jest rzeczą zupełnie możliwą; kawałki wszczepione są jakby chwilowem rusztowaniem, po którem, jak wykazują badania drobnowidowe, zagaja się potem rogówka sama. A.

Hanford Mc Ree. **Wiewiórowe zapalenie spojówki na tle przerzutu. Obecność dwoinek wiewiórowych w wydzielinie.** (Ophthalmology 1909, V. V., Nr 4). Powikłanie to występuje zazwyczaj w przebiegu wiewióra uogólnionego, a więc w przypadkach wiewiórowego zapalenia wsierdzia, przerzutowego zapalenia tęczówki i t. d. Znamiennem jest, że obfita nieraz ropna wydzielina z cewki moczowej częstokroć nagle ustaje i znika z chwilą wystąpienia objawów zapalnych ze strony spojówki, podobnie, jak się to z reguły prawie dzieje w przebiegu ostrego tryppra z chwilą wystąpienia zapalenia najądrza. Co do etyologii wiewiórowego przerzutu do spojówki istnieją trzy zapatrywania: według Axenfelda przerzutowe zapalenie spojówki jest wynikiem działania nie samych dwoinek wiewiórowych, lecz ich jadów (gonotoksyn). Wedle drugiej teoryi zapalenie to jest następstwem zakażenia mieszanego. Dwoinki wiewiórowe torują drogę do spojówki zwyczajnym bakteryom ropnym (paciorkowcom i gronkowcom). Najnowsze jednak badania (Lipski, Morax, van Moll, Burchardt, Kurka, Knapp) wykazały w przypadkach takich obecność samychże dwoinek wiewiórowych, co wskazuje na ich wyłączną rolę etyologiczną. Autor przytacza spostrzeżenie własne, odnoszące się do 19-letniego mężczyzny, leczącego się już od kilku miesięcy z powodu wiewióra, u którego nagle wystąpiło zapalenie stawu między śródstopiem, a pierwszym członkiem dużego palca lewej nogi. Równocześnie pojawiły się objawy zapalne ze strony spojówek obu oczu i obfita wydzielina ropna. Z chwilą wystąpienia tych objawów wydzielina z cewki moczowej znikła zupełnie. Badanie bakteryologiczne wydzieliny spojówkowej dało czyste hodowle dwoinek Neisserowskich, tak że przypadek ten stanowi dalszy dowód, iż nie same tylko gonotoksyny, ani bakterye ropne, lecz wniknięcie samych dwoinek wiewiórowych wywołuje przerzutowe zapalenie spojówki. R. W. Majewski.

Ostroninow. **O leczeniu jaglicy zastoiną sposobem Biera.** (Wraczebn. Gaz. 1909, Nr 41). Cristiakow. **O leczeniu jaglicy kwasem jodowym.** (Prakt. Wracz 1909, Nr 30). Obie prace pochodzą z kliniki oftalmologicznej uniwersytetu w Tomsku. O. stosował sposób Biera w 5 przypadkach. Zastoinę wywoływał zapomocą szczypczyków Gorbunowa, które są odmianą szczypczyków Snellena. Szczypczyki zakładano codziennie na 15—20 minut w ciągu 8—19 dni. Leczenie nie dało wyników dodatnich; zaledwo w 1 przypadku zauważono jakby niewielkie polepszenie. W końcu musiał O. powrócić do dawnego sposobu leczenia: wyłuszczania ziaren i stosowania siarczanu miedzi.

C. stosował kwas jodowy (15 ac. jodici: 1 gummi arabici) w 21 przypadkach. W tej liczbie 15 leczono systematycznie od 2 tygodni do 4 miesięcy. W 6 przypadkach przeprowadzono leczenie porównawcze, t. j. na jednem oku stosowano kwas jodowy, na drugiem zaś wyłuszczenie ziaren, azotan srebrowy i siarczan miedzi. Wyniki leczenia kwasem jodowym nie były zachęcające. W 2 tylko przypadkach (u 10 i 13-letniego dziecka) zauważono polepszenie, jednakowoż polepszenie to nie było trwałe, nastąpił nawrót i sprawa zakończyła się zbliznowaceniem. W przypadkach, w których przeprowadzono badania porównawcze, dawny sposób dawał daleko lepsze wyniki. Wobec tego jednak, że kwas jodowy u dwojga dzieci wywarł wpływ w pewnym stopniu dodatni, mniema Cz., że należałoby jeszcze próbować kwasu jodowego w lekkich postaciach choroby. L. Mańkowski.

Suker, Grosvenor. **Przerzutowy rak naczyniówki.** Studyum krytyczne z przytoczeniem ogłoszonych dotąd przypadków. (Ophthalmology 1909, V, Nr 4). Na podstawie wyczerpującej kazuistyki wysnuwają autorowie następujące wnioski. Przerzutowy rak nie występuje nigdy przed wiekiem pokwitania, zazwyczaj pomiędzy 30. a 60. rokiem życia. Bez wyjątku istnieje w ustroju dawniejsze pierwotne ognisko nowotworowe. Przerzuty rakowe pojawiają się często w naczyniówkach obu oczu. Utrata wzroku następuje zazwyczaj w bardzo krótkim czasie. Zazwyczaj zator nowotworowy tkwi w tętnicach rzęskowych. Uderzającym jest jednaki zawsze typ wzrostu przerzutów nowotworowych. Po pojawieniu się przerzutów w oczach chorzy wkrótce umierają. Rak przerzutowy rozrasta się w oku szybko w kierunkach najmniejszego oporu. Rzadko dochodzi do przebicia ścian gałki. Nagałkowa siedziba przerzutów zdarza się rzadko. Tarcza nerwu wzrokowego prawie nigdy nie jest punktem wyjścia przerzutu. Z reguły przychodzi do rozległego oderwania siatkówki. W znacznym odsetku przypadków występuje znaczne obniżenie napięcia gałki ocznej. Przerzuty raka w naczyniówce odznaczają się szczególną mieszaniną znamion histologicznych, w jednym bowiem guzie od miejsca do miejsca spotyka się budowę to raka włóknistego, to rdzeniastego, to znów gruczolakoraka (adenocarcinoma). Nacieki nowotworowe wrastają często w naczynia krwionośne. Przerzutowe rozsiewanie się ognisk nowotworowych po samej gałce ocznej (przerzuty trzeciorzędne) spostrzega się tylko wyjątkowo. Nowotwór obrasta zazwyczaj w koło tarczę nerwu wzrokowego. Licznie występują ogniska martwicze i krwotoczne. Prawie wszystkie wyżej wskazane zna-

miona raka są przeciwieństwem znamion, cechujących mięsaki naczyniówki. K. W. Majewski.

Medycyna sądowa i ubezpieczenia.

Lévai. **O związku przyczynowym pomiędzy wypadkiem przy pracy a powstaniem przepukliny.** (Öster. Arzt. Zeitg. 1910 Nr 2). Przepukliny u robotników są bardzo częste; Berger na podstawie wielkiego materyału paryskiego ocenia częstość ich na 4.4°/₀₀. Nic dziw też, że wobec tego wielu korzysta z rzekomego wypadku, by przypisywać mu dawno już istniejącą przepuklinę, która bądź co bądź zawsze upośledza zdolność zarobkowania. Nie wynika jednak z tego, by zaprzeczać możliwości przepukliny po urazie. Sultan np. twierdzi, że worek przepuklinowy wytwarza się wprawdzie zwolna przez częste, a mniejsze zadziałania (np. parcie, kaszel, i t. p.), gdy jednak worek się utworzy, wtedy już łatwo jakiś silniejszy uraz może wepchnąć jelito do gotowego już worka przepuklinowego. Koch z Dorpatu jest innego zdania. Twierdzi on, że wszelkie przepukliny, biegnące kanałami (np. pachwinowa, udowa, zasłonowa i t. p.) muszą być zawsze wrodzone, t. zn. wrodzone są właśnie te kanały. Lekarza, orzekającego o związku przyczynowym urazu z przepukliną, teorye te wiele nie obchodzą, bo choćby nawet skłonność do przepukliny lub sama przepuklina były wrodzone, to i tak w przypadku, w którym u człowieka przedtem zdrowego, po znacznym urazie, wśród obrzęku i podbiegnięć krwawych, zjawia się np. przepuklina pachwinowa prosta, musi lekarz uznać, że związek jest widoczny, a uraz uznać należy za bezpośrednią przyczynę nagłego zjawienia się przepukliny. Takie przypadki bezwątpienia istnieją; L. przytacza typowe przykłady ze swej praktyki. Przy ocenianiu związku przyczynowego trzeba koniecznie brać w rachubę następujące okoliczności: 1. Czy uraz wogóle był tego rodzaju, że mógł wywołać powstanie przepukliny? 2. Czy dana przepuklina rzeczywiście jest świeżo powstałą? Na pytanie pierwsze dają nam odpowiedź wywiady, na drugie — skrupulatne badanie i wykazanie obrzęku, bolesności, wynaczynień i t. p. w okolicy przepukliny. Przepuklina pachwinowa urazowa jest prawie zawsze prostą (dorekt), a nie skośną, t. j. nie biegnie przez cały kanał pachwinowy. Są też pewne dane, które znów wyłączają urazowe powstanie przepukliny np. przepuklina duża, wolna, schodząca aż do jądra, napewno nie jest urazową. Również przepuklina obustronna przemawia przeciwko urazowemu powstaniu (jeżeli chory twierdzi, że naraz po obu stronach się zjawiła). Często udaje się wykryć ze śladów na ciele, że uszkodzony nosił już pasek (zanik tkanki tłuszczowej od ucisku peloty, plamy barwikowe naokoło pasa i t. p.). Ważny jest też czas, jaki upłynął między urazem, a powstaniem przepukliny. Zaprzeczyć się nie da, że niezawsze przepuklina powstaje odrazu przy zadziałaniu urazu. Potrzeba na to bardzo gwałtownych zniszczeń tkanek. Zwykle przepuklina zjawia się w pewien czas, który jednak nie powinien być znowu za długi np. liczyć się na miesiące, jeżeli mamy uznać związek urazu z przepukliną. Przepuklinami, obecnie wchodzącemi często tu w rachubę, są przepukliny nabrzuszne w linii środkowej; chociaż, podług Coopera, w miejscu tem w linii białej wykazać się dają zawsze wrodzone słabsze miejsca, a nawet otwory, to jednak nieraz nie możemy wyłączać związku przyczynowego (bolesność, wynaczynienia i t. p.).

Co do oceny niezdolności do pracy, to przedstawia się ona następująco: 1. Jednostronna przepuklina pachwinowa zmniejsza zdolność zarobkowania o 5°/₀. 2. Obustronna pachwinowa o 10°/₀. 3. Te same przepukliny u ludzi dźwigających ciężary zwiększają niezdolność do pracy podwójnie. 4. Jeżeli pasek zatrzymuje dobrze przepuklinę, to niezdolność do pracy jest naturalnie mniejsza, jednakże nie poniżej stopnia pod 1. 5. Natomiast, gdy pasek przepukliny już nie trzyma, to niezdolność przy jednostronnej przepuklinie wynosi 30—50°/₀, przy obustronnej 50—75°/₀. Klęsk.

Müller. **Stłuczenie i skręcenie kręgosłupa i ich skutki, na podstawie 56 własnych spostrzeżeń.** (Arch. f. klin. Chir. 1909, 91. II.). W pracy swej zajmuje się M. przypadkami urazu kręgosłupa, w których wyłączyć można wszelkie poważniejsze uszkodzenia, jak złamania, pęknięcia więzadeł, wstrząs rdzenia i t. p., a mimo to uszkodzeni miesiącami są niezdolni do pracy. Przypadków takich spostrzegał M. 56. Przebiegają one typowo: człowiek dotąd zupełnie zdrowy, doznaje urazu, stosunkowo nawet niebardzo ciężkiego, w okolicę kręgosłupa (n. p. spada ze schodów, zostaje przytłuczony jakimś ciężarem i t. p.). Na razie pracuje dalej i dopiero zwykle na drugi dzień zwraca się do lekarza. Uszkodzeni skarżą się na ból kręgosłupa przy dotykaniu i opukiwaniu. Bolesne są także ruchy w kręgosłupie. Przedmiotowo nic stwierdzić nie można; mimo pilnego śledzenia, nie udaje się wykazać symulacyi. M. cierpienie to nazywa wertebralgią i uważa je za cierpienie psychiczne, wytwór ustawodawstwa ubezpieczeniowego i sądzi, że zapobieżonoby nieraz temu cierpieniu, gdyby się chorych zaraz po urazie odsyłało do odpowiednich zakładów, a nie leczyło w kasach chorych. K.

Bacchi. **Nowa metoda stwierdzania plemników w plamach nasiennych.** (Deut. med. Wochenschr. 1909, Nr 25). Podaną przez autora metodę wykonuje się w następujący sposób: 1. Barwienie plemników na podejrzanej tkaninie zapomocą nasyconego wodnego rozczynu kwaśnej fuchsyny przez 15—30 sekund. 2. Odbarwianie w mieszaninie 100 cm³ 70°/₀ alkoholu + 1 cm³ kwasu solnego przez 10—30 sekund, aż preparat przybierze błękitno-różowy ton. 3. Przepłukanie w alkoholu absolutnym (15—20 sekund). 4. Przeniesienie preparatu na szkiełko przedmiotowe, rozdzielenie igiełkami włókien tkaniny; po dodaniu kropli balsamu kanadyjskiego przykryć szkiełkiem nakrywkowem i badać pod mikroskopem. Badając pod słabem powiększeniem (90—100 razy) zauważa się, że włókna tkaniny po największej części są zupełnie bezbarwne i przeźroczyste, a na ich tle występują bardzo wyraźnie główki plemników, jako małe, ciemno-czerwone punkciki. Przy silniejszem powiększeniu (250—600 razy) uwidoczniają się już całe plemniki z nieco słabiej zabarwionymi ogonkami (witkami). Metodę swoją wypróbował Bacchi na świeżych i starych plamach nasiennych na tkaninach wełnianych, bawełnianych, płóciennych. We wszystkich przypadkach miał otrzymać dobre wyniki; najwyraźniej występowały plemniki w plamach, znajdujących się na tkaninach wełnianych i płóciennych. J. Olbrycht.

Corin i Stockis. **Nowa metoda stwierdzenia plam nasiennych na bieliźnie.** (Arch. d. anthrop. crim. 1909, Nr 180). Wszystkie metody badania podejrzanych plam polegają na stwierdzeniu plemników. Mikrochemiczne odczyny Florenca i Barberio nie okazały się pewnymi, ponieważ dają wynik dodatni także w obecności wielu innych ciał organicznych. To też metody te bywają tylko do tego jeszcze używane, aby na prześcieradle większych rozmiarów szybko znaleść miejsca, w których ma się zamiar wykonać dokładniejsze badania. Rozmaite dotychczasowe metody barwienia mają tę ujemną stronę, że barwią równocześnie składniki tkaniny i wskutek tego znalezienie plemników jest bardzo utrudnione. Aby tego uniknąć, zastosowali autorowie amoniakalny rozczyn erytrozyny, a mianowicie erytrozyny 1,00 na 200,00 amoniaku. Rozczyn ma wiśniowo-czerwone zabarwienie i daje się bardzo długo przechowywać. Przy użyciu tego rozczynu części tkanin pozostają niezabarwione, natomiast składniki organiczne barwią się czerwono tak, że w razie obecności plemników bardzo łatwo je rozpoznać. J. Olbrycht.

Schumacher. **Ciekawy przypadek rany kłutej.** (Korrespblatt f. Schweizer Ärzte 1909, czerwiec). Podczas bójki otrzymał pewien Włoch pchnięcie nożem w twarz. Nóż zranił łuk brwiowy lewy i górną powiekę, oddzielił dolny załamek spojówki, następnie przedostał się przez jamę oczodołową do otworu nosowego środkowego i utkwił w podniebieniu twardem, tu się odłamując. Gałka oczna

i narząd łzowy nienaruszony. Ponieważ próby wydobycia nie udawały się, otwarto lewą kostną połowę nosa i w ten sposób usunięto ostrze. J. Olbrycht.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie d. 5. kwietnia 1910.

1. Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Władł. Polińskiego p. t.: **Badania nad rozwojem podskórnych naczyń limfatycznych ssaków, a w szczególności bydła rogatego.**

2. Czł. H. Hoyer przedstawia pracę p. Jana Stacha p. t.: **Ontogenia zębów siecznych królika; przyczynek do kwestyi pochodzenia gryzoni.**

3. Czł. Marchlewski przedstawia pracę p. Ant. Korczyńskiego p. t.: **O przyłączaniu chlorowodoru w temperaturze nizkiej przez aniliny substytuowane.**

4. Czł. Bądzyński przedstawia pracę p. F. Rogozińskiego p. t.: **Przyczynki do znajomości wymiany fosforu w ustroju zwierzęcym.**

Autor poddał zbadaniu wpływ, który wywierają na wymianę azotu i kwasu fosforowego u psa, dodane do stałej karmy fityna, lecytyna i fosforan sodowy. Z doświadczeń wynika, że na wymianę azotu oraz zużytkowanie azotu, zawartego w karmie, żadna z tych substancyi wyraźnego wpływu nie wywiera. Podobnież nie wywierają one znaczniejszego wpływu na przyrost azotu i kwasu fosforowego w ustroju. Kwas fosforowy, wprowadzony w postaci lecytyny lub fosforanu, pies wydala w moczu, natomiast kwas fosforowy, wprowadzony w postaci fityny, wydala w małej tylko części w moczu, przeważnie zaś w kale. W doświadczeniu na człowieku stwierdzono, że fityna nie wywiera wyraźnego wpływu na wymianę azotu i kwasu fosforowego. Kwas fosforowy, wprowadzony w postaci fityny, odnajduje się w przeważnej części w kale. Zbadanie rozmieszczenia kwasu fosforowego w kale psim i ludzkim wykazało, że kał ludzki zawiera znaczną ilość lecytyny, psi zaś nie zawiera jej prawie wcale. Fityna, wprowadzona z pożywieniem, odnajduje się w kale psim w znacznej ilości niezmieniona; natomiast w ustroju ludzkim fityna ulega całkowitemu rozkładowi i do kału nie przechodzi wcale. Inozytu, jako produktu rozkładu wprowadzonej z pożywieniem fityny, nie można wykazać w moczu ludzkim.

5. Czł. J. Talko-Hryncewicz przedstawia rozprawę p. Walerego Łozińskiego p. t.: **Przyczynki do antropogeografii krainy jarowej Podola.**

6. Czł. T. Browicz zdaje sprawę z przedstawionej na posiedzeniu z d. 21. lutego b. r. pracy pp. Adama Wrzoska i Adolfa Macieszy p. t.: **Badania doświadczalne nad dziedziczeniem się tak zwanej padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie nerwu kulszowego.** (Część pierwsza badań doświadczalnych nad dziedziczeniem się cech nabytych).

Praca poświęcona jest zbadaniu zagadnienia: czy u potomstwa świnek morskich, u których padaczka została wywołana przez uszkodzenie nerwu kulszowego, można wywołać napady padaczkowe zupełne lub niezupełne. Autorowie uszkadzali nerw kulszowy z jednej lub obydwu stron u 108 świnek morskich; nerw albo przecinano, albo wycinano zeń kawałek długości 0·5 cm do 1 cm, albo wreszcie podwiązywano go silnie nitką jedwabną. U zwierząt, których nerw kulszowy uszkodzono, można było wywołać w pewien czas po operacyi t. zw. przez Brown-Séquarda napady padaczkowe niezupełne, a potem i zupełne, jeżeli tylko zwierzęta żyły dostateczny czas po operacyi. Z potomstwa świnek morskich, u których padaczka wystąpiła wskutek uszkodzenia n. kulszowego, autorowie systematycznie badali 81. Z tych 81 u 31 można było w pierwszych tygodniach życia wywołać napady niezupełne, a u 50 nie można było wywołać żadnych napadów. U żadnej natomiast nie można było wywołać napadów zupełnych. Badając systematycznie 17 świnek morskich, pochodzących od rodziców zdrowych, żadnej operacyi nie poddawanych, mogli autorowie również wywołać u 8 napady niezupełne w pierwszych tygodniach życia. Na możność wywołania napadów niezupełnych u młodych świnek morskich, pochodzących od rodziców zdrowych, dotychczas żaden z badaczów uwagi nie zwrócił.

Ogólne wyniki badań swoich streszczają autorowie w sposób następujący: 1) Dziedziczenia się padaczki świnek morskich, wywołanej przez uszkodzenie n. kulszowego, autorowie nie stwierdzili. 2) U potomstwa świnek morskich, u których napady zupełne zostały wywołane przez uszkodzenie n. kulszowego, autorowie zauważyli pewne usposobienie do padaczki, albowiem u rzeczonego potomstwa można było wywołać przez uszkodzenie n. kulszowego napady zupełne padaczkowe wcześniej, aniżeli u potomstwa świnek morskich zdrowych i nie operowanych. 3) Występowania, po podrażnieniu mechanicznem skóry pyska i szyi, napadów niezupełnych u świnek morskich, pochodzących od rodziców padaczkowych, autorowie nie uważają, wbrew Brown-Séquardowi i Westphalowi, za dowód dziedziczenia cechy nabytej, gdyż drażniąc skórę pyska i szyi świnek morskich zdrowych i od zdrowych rodziców pochodzących, autorowie wywoływali także w pewnej liczbie przypadków napady niezupełne.

(Przedmiot 3 innych rozpraw, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

7. Sekretarz zawiadomił, że w dniu 28. II. b. r. odbyło się posiedzenie Komisyi historyi nauk matem.-przyrodniczych (wraz z lekarskiemi). Na posiedzeniu tem Komisya ukonstytuowała się, wybierając Prof. J. Rostafińskiego przewodniczącym, Prof. L. Birkenmajera sekretarzem. Po dłuższej dyskusyi nad programem czynności Komisyi, uchwalono założyć wydawnictwo aperyodyczne, poświęcone jej pracom. — Wydawnictwo to ma być poświęcone: a) ogłaszaniu tekstów dawnych zabytków literatury matem.-przyrodniczej w Polsce, rozpoczynając od cenniejszych; b) zbieraniu zewsząd drobnych, lecz możliwie licznych wiadomości, tyczących się historyi wymienionych nauk w Polsce. Prace konstrukcyjne, lub monografie poświęcone bądź pojedynczym epokom, bądź szczególnie interesującym osobistościom, będą pomieszczane przy spółdziałaniu Komisyi i nadal w wydawnictwach Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii. Prace i wydawnictwa Komisyi obejmować będą również zabytki literatur obcych, zwłaszcza w razie większej owych pomników wartości. — Czł. Birkenmajer wymienił i opisał pokrótce kilkanaście zabytków naukowych dawnej literatury matem.-przyrodniczej w Polsce, które, jego zdaniem, należałoby najpierw wydać. Decyzyę w tej mierze na razie odroczono.

Omawiano również układ, tytuł i inne szczegóły proponowanego wydawnictwa, roztrząsano wreszcie propozycye co do nowych spółpracowników, których Komisya zamierza przedstawić do zatwierdzenia Wydziałowi matem.-przyrodniczemu Akademii Um. Ostateczne decyzye w tych wszystkich sprawach odłożono do następnego posiedzenia Komisyi.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dn. 16. marca 1910.

Przewodniczy Dr Damski. — Obecnych członków 38.

1) Kol. Steuermark przedstawia chorego z rozległą blizną po **wrzodzie żrącym** (ulcus rodens, terebrans), który przez **naświetlania promieniami Röntgena** uległ prawie całkowitemu zabliźnieniu. Chory, liczący lat 82, miał na twarzy przez 20 lat przeszło owrzodzenie, które zniszczyło cały nos aż do kości i prawe oko, a posuwając się ku

stronie lewej, zagrażać zaczęło oku lewemu. Przed 10 miesiącami rozpoczął S. naświetlania, stosując je w ten sposób, że w odstępach co 3—4 tygodni chory otrzymywał pełną dawkę według radiometru Sabouraud-Noiré. Już po pierwszej dawce zmieniło się wejrzenie wrzodu bardzo wyraźnie; dno wrzodu, które było nierówne, poszarpane, pokryte mocno cuchnącą, posokowatą wydzieliną, szybko zaczęło się oczyszczać i wyrównywać, wał tkanki nowotworowej dookoła wrzodu zaczął się spłaszczać, a po dalszych naświetlaniach, których było dotychczas 18, cały nos pokrył się zdrową skórą, owrzodzenia w kątach obu oczów znacznie się zmniejszyły, tak, że jest obecnie nadzieja, iż ten rozległy wrzód będzie w krótkim czasie w całości zabliźniony. S. dodaje, że przypadek ten określony został przez chirurga, jako nie nadający się do operacyi, a zarazem zwraca uwagę na charakter blizny, która pod względem kosmetycznym jest wprost idealna. (Streszczenie własne).

2) Prym. Borzęcki przedstawia chorego 24-letniego, u którego przed dwoma laty z powodu zmian chorobowych na skórze przedramienia i uda prawego wykonano zabieg operacyjny, prawdopodobnie z powodu rozpoznania sprawy jako **tocznia** (lupus). Przed 2 tygodniami chory zgłosił się do oddziału kol. Borzęckiego z powodu nawrotu cierpienia na obwodzie blizn dawniejszych po operacyi. Obraz kliniczny budził przypuszczenie **zmiany kiłowej** (syph. tuberosa exulcerans). Odczyn Wassermanna dodatni uzasadnił to przypuszczenie. Podano choremu jodek potasu i po dniach 14 oba ogniska uległy zabliźnieniu. (Streszczenie własne).

3) Prof. Krzyształowicz wygłasza wykład: **O nabłoniakach**.

W dyskusyi zwraca uwagę prym. Borzęcki, iż nagniotki, które powstają skutkiem stałego powtarzania się urazu, nie dają jednak powodu do powstawania raka.

Prof. Reiss podnosi szczegóły praktyczne i zapytuje prelegenta, czy objął w zakres swoich badań w kierunku histopatologicznym pewną kategoryę owrzodzeń nowotworowych, które ze względu na przebieg kliniczny, na rokowanie, a przedewszystkiem także i ze względu na odmienne wyniki lecznicze nieco odrębne zajmują stanowisko. Z pomiędzy nabłoniaków zasługują na wyodrębnienie nowotwory, występujące często jeszcze w wieku nie podeszłym w postaci bardzo powierzchownych nadżerek o bardzo płytkim nacieku, sadowiące się zawsze na twarzy i to w okolicy oczodołu lub fałdu nosowopoliczkowego, które mają przebieg niezmiernie łagodny (epithelioma erosivum, carcinoma Jacobi). Przypadki przejścia tych nowotworów o przebiegu łagodnym w formy złośliwe, połączone z rozpadem i przerzutami, odpowiadają zwykle okresom bardzo późnym, w których z przyczyn najrozmaitszych przychodzi do podkopania odporności tkanek w ustroju. Mowca przytacza przypadek, w którym przez długie lata utrzymujące się »epithelioma erosivum« przybrało cechy złośliwe równolegle z wywiązaniem się ostrego zapalenia nerek. Tego wyodrębnienia tych tworów z ogólnej grupy nabłoniaków domagają się także i zupełnie odmienne wyniki lecznicze, odnoszone po zabiegach nieraz bardzo powierzchownie działających, po kauteryzacyach, które nie mogły działać głęboko i nie zdołały bynajmniej zniszczyć w zupełności tkanki rakowo zwyrodniałej. Mowca zyskiwał w tych postaciach nowotworowych bardzo zadowalniające wyniki po przyżeganiach stężonymi rozczynami jodu w jodku potasu, jak również zapomocą tak zwanej elektrolizy dwubiegunowej, która dawała trwałe i kosmetycznie zadowalniające wyniki. Mowca nie spostrzegał natomiast prawie żadnych wyników dodatnich po osławionej i z pewnością przereklamowanej metodzie arszenikowej (Truneczek-Czerny), mimo, że stosował ją w tych formach wielokrotnie. Mowca przytacza pracę dermatologa hiszpańskiego Azuy, który doszedł na podstawie swoich badań histopatologicznych do przekonania, że różnice w przebiegu klinicznym pewnych form nabłoniaków nie znajdują przeważnie odzwierciedlenia w obrazach histologicznych, szczególnie w okresach późniejszych. Autor ten wskazuje w pracy swojej (Pseudoepithéliomes cutanes) na fakt, że istnieją owrzodzenia, przedstawiające histologicznie typ utkania rakowego, a których klinicznie zdaniem jego do raków »sensu stricto« zaliczyć niepodobna, ponieważ samoistnie i trwale ulegają samowygojeniu. Azua klasyfikuje te twory jako »pseudo-epitheliomata«. Mowca przytacza podobny przypadek z własnej praktyki, w którym wrzód, przedstawiający histologicznie budowę nabłoniaka, wygoił się pod maścią obojętną trwale w szeregu tygodni. Nawiązując do tych uwag, zapytuje mówca kol. prelegenta, czy w obrazach przez siebie spostrzeganych nie zauważył pewnych cech, względnie odcieni, któreby usprawiedliwiały w kierunku histologicznym ową różnicę zasadniczą, która w powyższych formach nabłoniaków jest tak silnie klinicznie zaznaczona. (Streszczenie własne).

Kol. Eisenberg: Fakt podniesiony przez prelegenta, że raki skórne wogóle mają przebieg powolny i na ogół łagodniejszy, jakoteż, że przy raku narządów wewnętrznych przerzuty skórne są nader rzadkie, da się może wytłómaczyć przez związek, zachodzący między rozwojem raka a odżywieniem, na który E. wskazywał już w poprzednich dyskusyach. Możnaby mianowicie przypuścić, że komórka rakowa dla wygórowanych swych potrzeb odżywczych znajduje w skórze gorsze warunki, niż w narządach wewnętrznych, stąd jej powolniejszy wzrost i mniejsza na ogół mnożność, stąd też przerzuty nie znajdują tu podatnego gruntu do rozwoju. Podobne tłómaczenie może dałoby się też rozszerzyć na gruźlicę skóry, przytaczaną przez prelegenta jako przykład podobnie łagodnego i powolnego przebiegu. Dla wytłómaczenia wielkiej mnożności komórek rakowych Ehrlich przyjmuje zwiększone ich powinowactwo do ciał odżywczych; warunkiem tej mnożności będzie oczywiście dostateczny dowóz tych ciał. (Streszczenie własne).

Kol. Koźniewski, nawiązując do przemówienia kol. Dr Eisenberga, zaznacza, że o »powinowactwie« tkanek normalnych lub patologicznych do pokarmów, nic określonego nie wiemy, więc wprowadzanie tego czynnika, a właściwie wyrazu, do etyologii nowotworów wyjaśnić nic nie może. Nazywanie rzeczy nieznanych nowymi wyrazami nie ułatwia nam sprawy. Podobnie rzecz się ma z wprowadzaniem przez kol. Eisenberga pojęcia lipoido-białkowych związków do tłómaczenia różnych zawiłych biologicznych procesów (dyskusya nad odczynem Wassermanna, etyologią raka itd.). Loeb wprowadził pojęcie »Lipoid-membran«, stosując je w znaczeniu przeważnie morfologicznem i w tem znaczeniu termin ten ogólnie się używa. Mówić jednak o osłonce z ciał lipoido-białkowych, rozpatrywać warunki rozpadu tych ciał, przypisywać im poważną rolę, jest to robienie dalekiego kroku bez podstaw faktycznych. O typie takich związków z tego już względu ogólnie mówić nie można, że biologia pod nazwą lipoidów obejmuje szereg ciał, chemicznie nieraz nic wspólnego ze sobą nie mających, a często i pod względem odczynów biologicznych antagonistycznie działających (lecytyna i cholestearyna). (Str. własne).

Prof. Krzyształowicz odpowiada, iż istotą nagniotka jest nieprawidłowe nadmierne rogowacenie naskórka i to może być przyczyną braku zwyrodnienia rakowego; skłonność raków skórnych do zabliźniania się przypisuje tkance łącznej.

Sekretarz: Dr Bujak.

Sekcya jarosławska Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych za rok 1908.

Odbyto posiedzeń siedem.

I. Odczyty.

1. Kol. Turzański: **Kilka uwag w sprawie poprawy obecnych stosunków prostytucyi**. Cz. I. i Cz. II.
2. C. k. lekarz pułkowy Sikorski: **O znaczeniu rozpoznawczem odczynu skórnego i ocznego** (Wolf Eisnera-Calmetta i Pirqueta) po szczepieniu tuberkuliną Kocha na

podstawie własnych doświadczeń (200 przypadków), przeprowadzonych w szpitalu powszechnym i szpitalach wojskowych w Jarosławiu.

3. Rossberger: **Higiena wychowania wedle najnowszych badań** (Część ogólna).

4. Orłowski: **Przebieg i charakter płonicy w czasie obecnie panującej epidemii.**

5. Sawicki: **O pielęgnowaniu chorych.**

II. Demonstracye.

1. Kol. Sikorski przedstawił: *a*) **chorych szczepionych** tuberkuliną Kocha **sposobem Wolf-Eisnera-Calmetta** z wynikiem dodatnim (martwica kości, gruźlica płuc, limfatyczne zapalenie spojówek, gruźlica jądra, gruczolak szyi); *b*) zdrowych, u których szczepienie wypadło ujemnie.

2. Kol. Puzon przedstawił: *a*) chorych na **zmiękniemie kości, leczonych wstrzykiwaniami adrenaliny** (Bossi); chorych na **rwę kulszową, leczonych** wstrzykiwaniami śródmiąższowemi **sposobem Langa.**

3. Kol. Rossberger przedstawił 8-letnią dziewczynkę, u której prawy górny ząb sieczny, zwrócony całkiem ku tyłowi, zapomocą korony, osadzonej na zębie przeciwnym, posunął równo do innych zębów.

4. Kol. Fechter przedstawił chorych: *a*) 2 dzieci z następstwami po ostrych chorobach zakaźnych: 1) 5-letniego chłopaka ze **zgorzelą stopy i goleni** prawej do połowy **po przebyciu odry**; 2) dziecko $1^1/_2$-roczne z **niedowładem obu kończyn** dolnych **po porażeniu rdzeniowem** (poliomyelitis infantum acuta); *b)* kobietę 24-letnią z **toczniem** twarzy i kończyny dolnej prawej **z następową słoniowaciną**; *c*) chorego 32 letniego **ze zgorzelą gardła** (pharyngitis gangraenosa, noma); *d*) kobietę z zupełnem **wypadnięciem macicy** (uterus myomatosus); zmiany odżywcze w postaci odleżyn i wrzodów urazowych (u chorej tej wyjęto po demonstracyi macicę wraz ze zropiałym torbielem w zatoce Douglasa — przez pochwę; — wyleczenie). *e)* **ozdrowienia po zabiegach chirurgicznych**, wykonanych w szpitalu: 1) stopy płasko-koślawe (pedes planovalgi), osteotomia supramalleolaris sposobem Trendelenburga; 2) zwichnięcie zastarzałe w stawie biodrowym prawym z następową ostitis proliferans; wypiłowanie stawu sposobem Rydygiera; 3) chorego (40 l.) z nabłoniakiem prącia; wypatroszenie obu pachwin, odjęcie prącia pod spojeniem łonowem; przeszczepienie cewki moczowej poniżej moszen na kroczu; 4) 18 przypadków wola rozmaitej wielkości, siedziby i budowy anatomicznej, operowanych sposobem Kochera, w znieczuleniu miejscowem Schleicha; wszystkie te przypadki pochodzą z powiatów Jarosław i Przeworsk z okolic Pruchnika i Kańczugi, graniczących ze sobą; 5) chorą po usunięciu torbieli skórzastej, wielkości głowy dorosłego mężczyzny, w okolicy krzyżowej; 6) chorego, u którego z powodu żylaków kędzierzastych wyłuszczono żyłę podskórną odpiszczelową po podwiązaniu jej (Trendelenburg-Casati); 7) 2 chorych z tężcem przyrannym urazowym, leczonych wstrzykiwaniami (śródżylnie i podskórnie) surowicy przeciwtężcowej Bujwida; wyleczenie; 8) chorych z próchnieniem kości: *a)* 2 operowane sposobem Schedego (unter dem blutigen Schorf), w czterech tygodniach wygojenie; *b*) chorych 1) z caries sicca humeri; 2) caries necrotica tibiae; 3) caries humeri, u których stosowano plombę kostną Mosetiga z modyfikacyą Eiselsberga; 9) 2 chorych, u których wykonano operacyę doszczętną z powodu ropnego zapalenia ucha środkowego po płonicy, powikłanego zajęciem wyrostka sutkowego i zatoki (mastoiditis et sinusphlebitis sbsqu. abscessu subdurali); 10) chorą po skróceniu więzadeł (Aleksander Adams) z powodu tyłozgięcia macicy; 11) chorą po przyszyciu macicy (ventrofixatio) z powodu całkowitego wypadnięcia macicy; 12) 7-letniego chłopca z wrodzoną stulejką i wypadnięciem rzyci nabytem, u którego przez cięcie nadłonowe pęcherza moczowego wydobyto kamień wielkości śliwki; 13) kilkunastu ozdrowieńców po operacyi przepuklin uwięźniętych; z tych 4 ze względu na zawartość worka zasługują na podniesienie: *a)* zgorzel worka przepuklinowego prawego, którego zawartość stanowił zgorzelinowy wyrostek robaczkowy, *b)* przepuklina pachwinowa lewostronna (eventratio); objawy niedrożności ostrej; we worku klepsydrowato w środku przewężonym zadzierżgnięcie; powyżej skręt jelita cienkiego, herniolaparotomia, wyleczenie; 3) przepuklina prawostronna; uwięźnięcie w kanale pachwinowym w otworze wewnętrznym; herniolaparatomia; w kanale obrzmiały wyrostek robaczkowy; postronek od krezki wyrostka do sieci, zadzierzgający pętlę jelita cienkiego tuż w otworze wewnętrznym kanału; wyleczenie; 4) przepuklina prawostronna pachwinowa uwięźnięta; u chorego w przeciągu 10 lat kilkakrotnie ze skutkiem stosowano odprowadzanie (taxis); worek zgrubiały; sieć przyrośnięta do worka; na pętli jelita cienkiego i na krezce uwięźniętej prócz świeżej bruzdy inkarceracyjnej zrosty i zgrubienia włókniste, zwężające światło jelita, jako ślady wygojonych zmian po poprzednich zabiegach odprowadzenia; 14) chorego z ropnem zapaleniem rozlanem otrzewnej z przebicia wyrostka robaczkowego; laparotomia, wycięcie wyrostka; sączkowanie jamy brzusznej drenami szklanymi (Kümmel); wyleczenie; 15) chorego z ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego z przebicia (appendicitis destructiva perforativa), operowanego w 4 godziny po wystąpieniu objawów przebicia; laparotomia, wycięcie wyrostka, sączkowanie; wyleczenie; 16) 2 chore z ostrą niedrożnością jelit (strangulatio); zrosty w okolicy wyrostka robaczkowego i między nim. a przydatkami macicy; laparotomia, wyleczenie; 17) chorą, u której przed 3 laty z powodu gruźlicy otrzewnej wykonano cięcie w linii środkowej, celem wypuszczenia płynu. Z czasem wytworzył się w bliźnie rozstęp i przepuklina. Śród pracy w polu ścieńczała skóra pękła, wypadnięcie trzew; wezwany kol. Mazanek z Łańcuta odprowadził jelita, założył kilka szwów skórnych, opatrunek i polecił odwieść chorą po 8 dniach, jeśli będzie żyła, do szpitala. Laparotomia, wycięcie bramy przepuklinowej; uwolnienie zrostów; zeszycie trójwarstwowe, wyleczenie. Przy tej sposobności zwraca kol. Fechter uwagę na dzielność fizostygminy, podawanej podskórnie po 1 mlgrm., jako środka pobudzającego ruch robaczkowy jelit; 18) chorą ze zaśniadem groniastym (mola hydatidosa); wyleczenie.

5) Kol. Fechter przedstawił i omówił **preparaty anatomiczne**: *a*) z 2 przypadków niedrożności jelit; przypadek ostrego wgłobienia (invaginatio ileocoecalis) od 14 dni; rozsunięcie wgłobienia nie powiodło się; musiano wyciąć całe wgłobienie wraz z odpowiednią częścią jelita doprowadzającego, które znacznym uległo zmianom; *b)* zadzierżgnięcie i skręcenie jelita biodrowego; chory miał przebyć przed kilku laty ciężki dur brzuszny; od 3 dni brak stolca i wiatrów; laparotomia; postronek od sieci do krezki uciskający jelito biodrowe tuż przy wejściu do kątnicy; powyżej zadzierżgnięcia skręt jelita cienkiego, z którego w odległości 20 cm od zadzierżgnięcia wychodzi ślepy uchyłek budowy jelita, długości 40 cm; resekcya jelita; oba przypadki skończyły się niepomyślnie; *c)* zawartość torbiela skórzastego, który przebił do pęcherza moczowego (włosy, kamienie, zęby); chora zmarła na posocznicę; *a)* śledzionę poszarpaną wyjętą (rana postrzałowa); *e)* preparat żołądka, uzyskany przy nekroskopii. P. P., zarobnica, l. 32., 1. XII. rano zgłosiła się do szpitala z przypadłościami żołądkowemi; rozpoznano rozszerzenie żołądka znacznego stopnia i przeznaczono chorą na drugi dzień, w celach dyagnostycznych do przepłukania żołądka na czczo; o godz. 9. wieczór leżąc na łóżku skarży się chora na silny ból w dołku; zapad; mimo podawania i stosowania środków podniecających, tętno ustaje, o 11. w nocy śmierć. Nekroskopia jamy brzusznej: Calculi cystis felleae multiplices; peritonitis circumscripta obsoleta sbsqu. stenosi pylori; dilatatio ventriculi ingens; ruptura ventriculi ad curvaturam minorem infra cardiam; peritonitis. Prawie zupełne oddarcie się żołądka tuż przy wpuście; żołądek wisiał u przepony na listewce.

Sekretarz: Dr Puzon.

Towarzystwo lekarzy polskich w Kijowie.

Posiedzenie w dniu 26. stycznia 1909 r.

Przewodniczy K. Rumszewicz. Obecnych członków 25.

Dział naukowy.

1) L. Daszkiewicz: **Bąblowiec jamy Douglasa i lewego jajowodu.**

W dyskusyi oświadcza się Pietkiewicz za tem, aby w podobnych przypadkach sączkować jamę bąblowca, operowanego przez cięcie brzuszne, także przez pochwę. Przytacza spostrzegany przez siebie w kwietniu roku zeszłego w szpitalu miejskim przypadek bąblowca sieci, który się opróżnił do pęcherza moczowego. Miejsce przedziurawienia znalazł mowca zapomocą wziernika pęcherzowego. Operacyi dokonano z wynikiem pomyślnym. W sieci znaleziono pięć ognisk bąblowca, z których najniżej leżące zrośnięte było z pęcherzem moczowym. — Daszkiewicz zauważa, że wobec istnienia już otworu w ścianie brzusznej, uważał za zbyteczne robić otwór w pochwie, by nie dodawać do ciężkiego bądź co bądź zabiegu operacyjnego nowego uszkodzenia tkanek. — Łążyński zaznacza, że w danym przypadku stan pooperacyjny przez czas dłuższy był najzupełniej beznadziejny, jednak wszystko skończyło się pomyślnie; nigdy przeto nie należy rąk opuszczać, ale przeciwnie trzeba wypróbować wszystkie możliwe sposoby podtrzymania gasnącego życia. — Gilewicz zwraca uwagę na mało dotychczas uwzględniany sposób różniczkowego rozpoznania guzów jamy brzusznej od nerki, leżącej w miejscu niewłaściwem, — a mianowicie sposób podany przez Schreibera, opracowany przez E. Żebrowskiego, Hulanickiego i innych, polegający na miesieniu guza i badaniu następnem moczu co do białka. Mowca przytacza typowy przypadek takiego rozpoznania z praktyki szpitalnej.

2) B. Kozłowski pokazuje **preparat wyciętej kiszki** i wielkiego kawałka sieci **w przepuklinie uwięzniętej.**

Sekretarz: M. Łążyński.

Z XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie.

Sekcya medycyny wewnętrznej.

Opracował **Dr. E. Stahr.**

(Ciąg dalszy).

8) Caryophyllis (Ateny): **O rzadkiem pojawianiu się gruźlicy u robotników kopalnianych.** Na 1932 chorych górników, leczonych w ostatniem dziesięcioleciu w szpitalach Grecyi, było tylko 5 przypadków gruźlicy. Przyczyny tego zjawiska dopatruje się autor w stałej wilgoci powietrza kopalnianego.

7) D. Nagel (Nowy Jork): **Fizyologiczny kwas solny w leczeniu gruźlicy.** Autor zauważył, podając chorym na gruźlicę płuc we wczesnych okresach kwas solny, uzyskany z żywej świni, nagłą poprawę trawienia i spory przybytek na wadze.

10) G. Geszti (Węgry): **W sprawie teoryi i metodyki leczenia przeciwgorączkowego u gruźliczych.** G. stara się wysoką gorączkę zwolna obniżać i utrzymywać ciepłotę na nizkim stopniu. Zupełne usuwanie gorączki uważa za niezawsze wskazane i potrzebne. G. podaje pyramidon lub antypirynę.

11) H. Senator (Berlin): **O policytemii.** Przybytek ciałek czerwonych może być względnym i bezwzględnym i wydarzać się już to w okolicznościach prawidłowych, jużto patologicznych. A. Policytemię fizyologiczną spostrzegamy po wielkich utratach wody, po wprowadzeniu wielkiej ilości pożywek do ustroju, w ozdrowieniu po różnych niedokrwistościach u noworodków, w toku sztucznej duszności, u zwierząt w czasie snu zimowego. B., Patologiczną policytemię spotykamy wśród chorobowego zagęszczenia krwi, w toku różnych sinic, w toku hemolizy wywołanej przez różne zatrucia i zakażenia, w toku niektórych chorób nerwowych, a czasem w toku chorób o nieznanej nam bliżej zmianie krwi; zawsze (prócz względnej policytemii wywołanej zagęszczeniem krwi) należy uważać za przyczynę policytemii patologiczny spadek parcia tlenu w krwi, co krwiotwórcze narządy pobudza do wzmocnionej czynności. Osobno jeszcze wyróżniać należy Vaqueza »policythaemia megalosplenica« i Geisböcka »policythaemia hypertonica«. Tych obu spraw przyczyną jest przewrotne schorzenie szpiku. Choroba Geisböcka, dotąd mało znana, odróżnia się od choroby Vaqueza wysokiem parciem krwi (z przerostem serca) i brakiem obrzęku śledziony. Zmiany w innych narządach zdają się być jednakowe w toku obu chorób. Zmiany krwi, zbadane szczególnie w chorobie Vaqueza, polegają na wzmożeniu się lepkości i ciężaru gatunkowego krwi, natomiast surowica zawiera mało suchych pozostałości. Odporność ciałek czerwonych zdaje się być prawidłową, pojemność tlenowa prawidłowa lub nieco większa. Wymiana gazów oddechowych okazywała często wysokie liczby. Skutecznie zdają się działać dyeta jarska i upusty krwi. Niektóre postacie pierwotnej policytemii nie dadzą się zaliczyć do żadnej z tych 2 kategoryi policytemii.

Dyskusya: M. Eintom (Nowy Jork) widział przypadek choroby Vaqueza, w którym mimo tęgiej budowy ogólnej było uderzające ogólne osłabienie i w którym prócz obrzęku śledziony i policytemii (7 milionów c. czerwonych) nie można było wykazać nic nieprawidłowego. Gołubinin (Moskwa) spostrzegał w kilku przypadkach policytemii niezwykłą ciemność płuc w obrazie rentgenowskim, co tłómaczy wzmożoną ilością krwinek czerwonych. Pomaga tylko odpowiednia dyeta i pijawki (nie otwieranie żył z powodu prędkiego krzepnięcia krwi!) A. Koranyi wspomina o spostrzeganym przez siebie przypadku policytemii ($7^1/_2$ miliona c. czerw.), który udało mu się wyleczyć po kilku miesiącach, jak dotąd (już 5 lat) trwale. K. nie chce rozstrzygać, czy w przypadku tym pomogło lub nie — stale stosowane wdychanie tlenu. Bence (Peszt) donosi, że wczoraj dokonano sekcyi w jednym przypadku, który spostrzegano w klinice Koranyiego od 6 lat; stwierdzono tam gruźlicę prosówkową ogólną, której punktem wyjścia był narząd rodny. Szpik kostny był czerwony i zawierał liczne erytrocyty. G. v. Bergmann (Berlin): W toku policytemii nie ulega zmianie zdolność ustroju wiązania tlenu, gdyż jeden chory tego rodzaju miał we krwi zależnie od poliglobulii 28—32% objętościowych O zamiast 17—20%. Pomiary dokonano zarówno w tym, jak w już ogłoszonym przypadku Loewyego nadzwyczaj dla kliniki nadającą się metodą J. Plescha.

12) Ebstein (Göttingen). **O patologii białaczki.** Na obrazie krwi opierające się wywody w sprawie patologii białaczki nabiorą dopiero wtedy istotnej wartości, kiedy poznamy etyologię choroby. E. podobnie dziś, jak i przed 20 laty, kiedy pierwszy nakreślił szczegółowy obraz ostrej białaczki, uważa za odpowiednie dzielić białaczkę na ostrą i przewlekłą, przyczem można wyróżniać jeszcze postać podostrą, która w przebiegu swym zbliża się najbardziej do postaci ostrej. Postać ostra trwa średnio od 5—7 tygodni, przewlekła rok do dwóch, podostra średnio $^1/_2$ roku. Jednakże postać ostra może trwać znacznie krócej, a przewlekła znacznie dłużej. E. przedstawia dalej dokładnie stronę hematologiczną i anatomo-patologiczną sprawy w różnych jej odmianach, mówi o osobniczych skłonnościach i innych przyczynach usposabiających, a potem o rozpoznaniu i rokowaniu. Następnie zastanawia się autor nad istotą choroby i jej zakaźnością na podstawie obfitego materyału klinicznego u ludzi i zwierząt, mówi o próbach przeszczepiania choroby, o pasorzytach, którym niektórzy przypisują wywoływanie tego cierpienia, i o związku między mięsakiem i białaczką. E. dochodzi do wniosku, że białaczka jest sprawą zakaźną. W końcu mówi E. o związku białaczki z ciążą, z różnemi chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem z gruźlicą, jakoteż o związku jej z dną i tworzeniem się kamieni moczowych.

(C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Warszawskie Towarzystwo higieniczne zamknęło swą działalność w r. 1909 poważnym i godnym istotnie pozazdroszczenia dorobkiem, pomimo, że z 14 prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa, założonych między r. 1902 a 1907, tylko trzecia część okazała się żywotną i w swoim zakresie nie ustała w pracy.

Wedle sprawozdania Towarzystwa, ogłoszonego w »Zdrowiu« (Nr 4) głównymi przedmiotami działalności były w r. 1909: Zjazd higieniczny w Częstochowie, wystawa higieniczna tamże, jako dział wystawy ogólnej krajowej, wystawa przeciw alkoholizmowi, urządzana kolejno w Warszawie, Żyrardowie, Częstochowie, Łodzi, Pabianicach, Kielcach i Dąbrowie, a uwieńczona znakomitem powodzeniem, wreszcie przygotowania do wystawy »miast-ogrodów«, mającej się odbyć w maju 1910 w Warszawie. Rada Towarzystwa współdziałała w dwu wielce doniosłych przedsięwzięciach, organizowanych w Częstochowie: muzeum higieny ludu i kąpiele dla pątników. Dalej zajmowała się Rada załatwieniem wniosków Zjazdu higienicznego w Lublinie z r. 1908, sprawą rządowego projektu ustawy miejskiej dla Królestwa, wydaniem opinii w sprawie ścieków w Lublinie i Warszawie, sprawą ujednostajnienia działalności instytucyi społecznych, mających na celu wychowanie dzieci i młodzieży. Z funduszu kąpieli ludowych udzielono zasiłku na urządzenie tanich kąpieli w m. Bełżycach.

Działalność wydziałów i komitetów Towarzystwa przedstawiała się w r. 1909 w sposób następujący: w Wydziale biologicznym odbyły się 3 wykłady, w wychowawczym 5, w balneologicznym 12 (na 6 posiedzeniach), w szpitalnym 2, w wydziale miast i mieszkań 2, higieny życia domowego 1. Komitet badania i zwalczania raka odbył 6 posiedzeń, a zajmował się sprawą statystyki raka w szpitalach warszawskich i zorganizowaniem zbiorowego popularnego wykładu o wczesnem rozpoznawaniu raka. Biuro informacyjne o zdrojowiskach udzieliło kilkudziesięciu osobom wyjaśnień, rozsyłało broszury i t. p.

Organ Towarzystwa, miesięcznik »Zdrowie«, redagowany przez Dra J. Jaworskiego, pomieścił w r. 1909 na 52 arkuszach druku 26 prac oryginalnych, obfity i urozmaicony dział sprawozdawczy i t. d. Koszt wydawnictwa wynosił 2268·71 rb.

Ogrodów im. Raua było w r. 1909 czynnych, jak i w poprzednim — 9; urządzano zabawy rozmaitego typu (dla wszystkich, dowolne i zapisowe), kąpiele (wiślane i ciepłe), pływanie, wycieczki statkiem, ślizgawki, zabawy z posiłkiem i gimnastykę pod kierunkiem personalu, złożonego z 70 osób, osobno w tym celu wykształconych i przeważnie od lat wielu już pracujących w instytucyi. Liczba uczęszczań i zabiegów doszła w r. 1909 ogółem 965.080 (w r. 1908 — 780.582), koszt jednego zabiegu dla jednego dziecka wynosił 1,9 kop. (w r. 1908 — 2,2 kop.). Rachunki ogrodów zamykają się w dochodach i rozchodach kwotą 20640·92 rb., bilans w stanie biernym i czynnym kwotą 327.585·73 rb.

Instytut higieny dziecięcej im. Lenvala, kierowany przez Dra Paderewskiego, a zajmujący się »Kroplą mleka«, kąpielami i udzielaniem porad higieniczno-lekarskich, zwiększył również swoją działalność, ale znajduje się w trudnem położeniu finansowem. Niedobór 1.833·28 rb. (przy ogólnych wydatkach 11.470·03 rb.) pokryto z trudem resztką funduszów zapasowych. W Instytucie gimnastykowało się w r. 1909 — 2256 dzieci, wykąpało się 33.061; porad lekarskich udzielono 7599, dentystycznych 1581, wydano buteleczek mleka pasteryzowanego 146701, lekarstw bezpłatnie 6745.

Sanatoryum dla chorych piersiowo w Rudce, kierowane przez Dra Gałeckiego, a rozporządzające obecnie 67 łóżkami, leczyło w r. 1909 ogółem 214 osób, przeważnie ze stanu średniego; chorych w I okresie było 45%, w II — 21%, w III — 34%; średnio trwało leczenie 76 dni. Wyniki ogólne: poprawa w 73% przypadków (w I okresie 91%, w II — 58%, w III 35%), bez poprawy 27%. Dochód sanatoryum wynosił 50.131·09 rb. (w tem opłaty od chorych 49.523·89), rozchód 51.759·30 rb., niedobór 1628·21 rb. Bilans zamyka się kwotą 281.379·03 rb.

Własny rachunek dochodów i wydatków Towarzystwa higienicznego wynosił w dochodach i rozchodach 3570·46 rb. Członków rzeczywistych było 321, zwyczajnych 88.

Z prowincyonalnych oddziałów Towarzystwa ograniczał się oddział radomski do prowadzenia »Kropli mleka«. Oddział lubelski (członków 171) oprócz »Kropli mleka« zajmował się sprawą kąpieli ludowych w Bełżycach i Nałęczowie i przygotował organizacyę zabaw dla dzieci, które mają wejść w życie z wiosną 1910. — Oddział kaliski oprócz »Kropli mleka« rozwijał żywą działalność w sekcyi wychowawczej, która wysłała 57 dzieci na kolonie letnie, urządziła kąpiele (5451 dzieci), zabawy ruchowe (około 60 dzieci dziennie), oraz 5 odczytów, a wreszcie postarała się o wprowadzenie oględzin lekarskich w szkołach elementarnych. — Oddział łódzki (członków 256) opracowuje monografię sanitarną Łodzi; urządził 7 wykładów. — Oddział częstochowski (członków 156) odbył 7 posiedzeń (9 wykładów), prowadził ogród zabaw (średnio dziennie 100 dzieci), i pracownię higieniczną, uczestniczył w urządzeniu wystawy i Zjazdu higienicznego, doprowadził do skutku budowę Muzeum higieny ludu (kosztem 12.300 rb.) i przygotowuje budowę kąpieli dla pątników, wreszcie urządził 4 wykłady popularne. — Oddział kujawski (37 członków) założył ogródek zabaw dziecięcych, zajmuje się założeniem »Kropli mleka« i urządził 5 odczytów.

Całe sprawozdanie warszawskiego Towarzystwa higienicznego świadczy, że po chwilowem osłabnięciu w niespokojnych latach 1904/5, działalność jego znów coraz bardziej rozwija i rozszerza się; jest ono zarazem wymownym dowodem, że nawet w trudnych warunkach przy dobrej woli wiele zdziałać można. Gdyby to przekonanie przeniknęło ogół naszych lekarzy, z natury rzeczy powołanych do przodowania w ruchu społeczno-higienicznym, jakieżby świetne wyniki osiągnąć można i w tych częściach Królestwa, gdzie działalność oddziałów Towarzystwa higien. warszawskiego przygasła, i w wielu miastach Galicyi, w których nie brak zadań do wypełnienia i rąk do pracy, tylko brak inicyatywy i — chęci. R.

Cofanie się gruźlicy we Lwowie. Pod tym tytułem podaje »Kuryer lw.« (Nr 161) szczegóły o gruźlicy ze sprawozdania Fizykatu lwowskiego za lata 1907—1909, podobno nie mającego wyjść drukiem, lecz przeznaczonego do przedstawienia Radzie miejskiej tylko w rękopisie. (Dlaczego?!). Otóż gdy w r. 1905 wynosiła śmiertelność z gruźlicy 71·7 na 10.000 ludności (w Londynie 13·4!), to w r. 1906 spadła na 65·1, w r. 1907 na 54, a w r. 1908 wynosiła już tylko 51·2. Sprawozdawca »Kuryera lw.« przypisuje ten spadek śmiertelności głównie poprawieniu się stosunków przez zaprowadzenie wodociągów (otwartych w r. 1901).

Zauważyć jednakże należy, że śmiertelność z gruźlicy spada w ostatnich latach nietylko we Lwowie, ale i w innych miastach galicyjskich. Wystarczy przytoczyć kilka danych odsetkowych, które obliczyliśmy wedle liczb bezwzględnych, zawartych w najświeższej statystyce Centralnej Komisyi statystycznej z r. 1909:

	1905	1909
Tarnów	44·1	38·8
Przemyśl	48·5	40·7
Lwów	71·7	55·5
Kraków	84·8	63·7

C.

Wiec lekarzy salzburskich odbył się w d. 24. III. b. r. w Salzburgu, zwołany przez Izbę lekarską i ogólną Organizacyę krajową, a to w sprawie uchwały subkomitetu komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego. Uchwała ta stanowi, że od obowiązkowego ubezpieczenia w kasach chorych mają być zwolnione w przyszłości tylko te osoby, których dochód roczny wynosi ponad 3600 kor. i które zwolnione być mogą z posady tylko po trzymiesięcznem wypowiedzeniu. — Przeciw tym pozornie niewinnym dodatkom (pensya roczna przekraczająca 3600 kor. i wypowiedzenie najmniej 3-miesięczne), postanowili lekarze salzburscy jak najenergiczniej zaprotestować, jako postanowieniom, uchylającym w istocie wszelkie ograniczenia dla ubezpieczenia na wypadek choroby, a więc groźnym dla bytu całego stanu lekarskiego. Prawie połowa lekarzy kraju (nie miasta) Salzburga zjawiła się na wiecu, przybyli także posłowie do parlamentu Hüber, Dr Stoelzel i Dr Sylwester, przedstawiciele prasy miejscowej i Rady miasta. Organizacyę centralną reprezentował prezydent Dr Gruss z Wiednia. Po wyczerpującym referacie Dra Kohna uchwalono jednomyślnie przedłożone rezolucye z gorącym protestem przeciw uchwałom subkomitetu parlamentarnego. Lekarze salzburscy domagają się ustanowienia górnej granicy dochodów na 2400 kor. rocznie bez żadnych innych dodatków. W dyskusyi mówił Dr Gruss o sposobach ewentualnej walki, oprzeć się mającej na legalnej samopomocy i udo-

wadniał, że ewentualną walkę podejmą lekarze nietylko w interesie własnym, ale i chorych. Stahr.

Krajowa Rada Zdrowia odbyła w d. 9. IV. 1910 we Lwowie posiedzenie, na którem wydano opinie: 1) w sprawie planów szpitala w Zbarażu, 2) w sprawie okręgów sanitarnych w Bolesławiu (zmiana siedziby) i Rymanowie (utworzenie), 3) w sprawie nauki higieny w seminaryum w Stanisławowie, 4) w sprawie płonicy we Lwowie, 5) w sprawie szpitala izraelickiego w Tarnowie, poczem obradowano w dalszym ciągu nad sprawozdaniem sanitarnem za rok 1908 i nad sprawą Izb aptekarskich.

Stosunek liczebny lekarzy do ludności. Na 10.000 mieszkańców liczą lekarzy: Szkocya 7·9, Anglia 7·1, Irlandya 6·0, Włochy 6·3, Dania 5·2, Niemcy 5·0, Francya 4·9, Austrya 4·1, Szwecya 2·4, Rosya 1·8. X.

Śląski Wydział krajowy przedstawił Sejmowi projekt stypendyów dla lekarzy, chcących kształcić się na kursach uzupełniających dla lekarzy w Wiedniu, Gracu, Pradze, Krakowie lub Wrocławiu. Z proponowanych 3000 kor. rocznie, mają kandydaci otrzymywać po 350 ew. 200 kor., zależnie od tego, czy wyjadą na kurs 4-tygodniowy, czy 2-tygodniowy. X.

Z niwy piśmiennictwa partackiego.[1] Dyagnoza z oczu. (Berlin, nakład wydawn. »Przewodnika zdrowia«). Sposób rozpoznawania choroby z oczu człowieka był już znany przed wiekami mnichom. Na nowo zajął się tą sprawą Węgier, Ignacy Peczely, potem szwedzki pastor Liliequist, a dalej niemiecki lekarz Schlegel. Peczely będąc jeszcze chłopcem zauważył u sowy, że po złamaniu nogi wystąpiła na tęczówce plama. Stopniowo doszedł do stwierdzenia, że w oczach każdej żyjącej istoty pewne miejsca są w stałym związku z pewnemi częściami ciała. I tak: czoło i górna część głowy mają mieć związek z górnym odcinkiem tęczówki, nogi z dolnym, ramiona i ręce z dolnym zewnętrznym itd. (!). Każde oko odpowiada jednej połowie ciała. Wyjątek stanowią cewka moczowa, pochwa i macica, którym odpowiada tylko prawe oko (!). Jeszcze ważniejsze ma być oglądanie kolorów tęczówki. Daje nam ono bowiem poznać ogólny stan zdrowia, jakoteż »stopień zwyrodnienia«. Rozpoznawanie z oczu nie czyni zbytecznem innych sposobów badania, ale je uzupełnia i popiera. W pewnych razach sposób ten wskazuje tylko siedlisko choroby, w innych wyraża znów rodzaj choroby (?). Do sposobu tego należy też badanie źrenicy. U osób o zdrowych nerwach źrenica jest spokojną, u osób zdenerwowanych drżącą. Gdy pozostaje nieruchomą i przy zmiennem świetle, wtenczas należy myśleć o ciężkiej chorobie mózgu lub rdzenia. Spostrzeżenia oczne dowodzą, że większa część chorób powstaje wskutek zaburzeń narządu trawienia (!). »Okręg jelitowo-żołądkowy« (znajdujący się naokoło źrenicy) zabarwiony biało »dowodzi« zapalenia, nerwowego podrażnienia lub stałego używania sody (!). Łatwo też rozpoznać można z barw tęczówki cierpienia gośćcowe (kropki) i tworzenie się kwasu moczowego (znamiona żółtawo-białe). Im ciemniejsze znamię na tęczówce, tem silniejsze zaburzenie. Operacye, rany, złamania kości i t. p. objawiają się na tęczówce jako plamy bardzo ciemne. Gdy nastąpi wygojenie, wtedy plamy otoczone są białawym obwodem (!). »Część ogólną« broszury kończy nieznany autor (podług znanego systemu partaczy) słowy: »Sztuka rozpoznawania chorób z oczu jest nader trudna, ale znacznie trudniejsze wydaje się nam dokładne jej objaśnienie w tak krótkiej rozprawce lub jej wkleszczenie w pewną szablonę naukową« (?). »Ale nieco komicznem musi się wydawać doświadczonemu praktykowi« (z oczu) — wywodzi dalej autor — »który po kilkoletnich badaniach wyrobił sobie taką pewność i wprawę w rozpoznawaniu chorób, że u pacyentów wzbudza największe zdumienie« (to chyba nie trudno, przyp. spraw.) »skoro jakaś medyczna lub inna (?) »wielkość« po przeczytaniu książek lub broszur lub zrobieniu kilku niedołężnych prób zasiądzie na trybunale i zawyrokuje, że cała sztuka tej dyagnozy jest tylko matactwem. Jest to zupełnie to samo, jak gdyby ktoś nieumiejący grać na fortepianie, pobrzdąkał klawiszami i orzekł, że instrument jest niedobry!«

Następnie przytacza autor przykłady rozpoznań, nawet z rycinami, napadając przytem na lekarzy, np. nazywając operacye »zamachami partacko-rękoczynnemi«, a lekarstwa »aptecznymi przysmakami i truciznami«. Broszurę kończy: »Pogląd krytyczny na metodę rozpoznawania chorób z oczu«. Czytamy tam z początku: »Wyniki dyagnozy ocznej są nieraz tak zdumiewające, że niejednego mogłoby łatwo poknsić do zapatrywania, że to jest jedyny pewny sposób rozpoznawania«. Autor jednak przestrzega przed tem, co więcej stara się przekonać czytelników, że i ta metoda ma pewne braki i że tylko na niej zawsze opierać się nie można. Np. dyagnoza oczna wskazuje, że chorem jest płuco prawe, ale jeszcze z tego nie wiadomo, na jaką chorobę, i tu trzeba dopiero badać po lekarsku, aby przekonać się o rodzaju i rozmiarach choroby. Prócz więc dyagnostyki z oczu trzeba także umieć i... medycynę! »Nie chcąc wchodzić w dalsze wyszczególnienia, wypada zaznaczyć, że sumienny lekarz nie powinien wyrzekać się dotąd używanych i sprawdzonych metod badawczych« (?).

W broszurze tej język polski pozostawia bardzo wiele do życzenia, choć wydawcą jest p. Czarnowski, podobno Polak. I to jednak jest także charakterystyczne dla naszego »swojskiego« piśmiennictwa partackiego, żyjącego głównie tłómaczeniami i przeróbkami z języków obcych. Dr Adolf Klęsk.

[1] Artykuł niniejszy ma na celu jedynie treściwe podanie „zasad“ „rozpoznawania z oczu“ według przytoczonego dziełka i wstrzymuje się zupełnie od zbijań lub prostowania twierdzeń w niem podanych.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 3. IV. do 9. IV. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Buczacz (Barysz 8, Bobulińce 1, Kujdańce 2), Czortków (Czortków 1, Wygnanka 1), Drohobycz (Krynica 3), Gródek jag. (Koców ad Bar 3), Grybów (Izby 8, Śnietnica 2, Fiorynka 2, Jaszkowa 2, Stawisza 7), Horodenka (Czortowiec 1), Jaworów (Czerczyk 3, Jazów nowy 4, Starzyska 2), Lisko (Hoszowczyk 2, Ustrzyki dolne 1), Lwów pow. (Zaszków 10), Nadwórna (Wołosów 12, Kamienna 1), Podhajce (Wiśniowczyk 5), Przemyślany (Nowosiółka 9), Śniatyn (Tułuków 7, Wołczkowce 5), Stanisławów (Chorostków 3), Tłumacz (Tłumacz 2, Olesza 3), Turka (Komarniki 1), Zborów (Kudobińce 2, Grabkowce 1, Podhajczyki 3, Kabarowce 1); ospy pow. Borszczów (Olchowiec 3). Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 3. IV. do 9. IV. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 4 † — (w tem obcych 3 † —), krztuśca 8, płonicy 7 † — (2 † —), odry 1, duru brzusznego 6 † — (2 † —), czerwonki 1 † 1 (1 † 1), róży 1. Dr Janiszewski.

Pięćdziesięciolecie pracy lekarskiej.

Półwiekową rocznicę rozpoczęcia pracy zawodowej obchodzić będzie d. 21. kwietnia r. b. lekarz p. Szymon Adler w Monasterzyskach (w powiecie buczackim) w Galicyi.

Niecodzienny ten wypadek w życiu lekarskiem spowodował lekarzy miejscowych do zawiązania komitetu celem uczczenia Jubilata, którego życie było jednem pasmem ciągłej rzetelnej, pełnej poświęcenia i uczuć obywatelskich pracy, obejmującej wszystkie dziedziny wiedzy lekarskiej, świadczącej usługi nietylko w życiu prywatnem, ale i w rozmaitych gałęziach administracyi państwowej. Jubilat w latach 1857, 1858, 1859 oddawał się studyom lekarskim w Uniwersytecie lwowskim, poczem w r. 1859 jako rygorozant udał się na Uniwersytet w Peszcie, gdzie po odbyciu praktycznych studyów z zakresu położnictwa i chorób kobiecych pod kierownictwem Semmelweisa, tudzież po złożeniu dwu rygorozów uzyskał chlubny dyplom, upoważniający go do zawodu lekarskiego. W maju 1860 r. powróciwszy do Galicyi, wykonywał praktykę lekarską w Stryju, poczem w r. 1861 był lekarzem pomocniczym w wojskowym szpitalu załogi lwowskiej pod kierownictwem Dra Zimmermana, a w tym samym roku został przez urząd powiatowy w Cieszanowie powołany do Narola, jako lekarz miejski, gdzie jako domowy lekarz hr. Łosiowej, był w r. 1863 kierownikiem założonego w jej zamku szpitala dla powstańców. W r. 1865 osiedlił się na stałe w Monasterzyskach, objął czynności lekarza rządowej fabryki tytoniu, lekarza sądu, później lekarza miejskiego, a pełniąc obowiązki swego zawodu w życiu prywatnem szedł z postępem wiedzy, pracował nad swem wykształceniem, czego dowody złożył w licznych monografiach z zakresu medycyny, umieszczanych w piśmie »Medic. chirurg. Centrallblatt« i »Allgem. Wiener Medic. Zeitung«. W r. 1888 ogłoszono drukiem broszurę S. Adlera p. t. »Die Ursachen der habituellen Arbeiterkrankheiten bei den k. k. Tabakfabriken«.

Jak skuteczną i sumienną była ta cicha i skromna praca, świadczą liczne dowody uznania, jak uznanie urzędu powiatowego w Cieszanowie i Namiestnictwa we Lwowie za działalność lekarską w czasie epidemii cholery. Namiestnictwo skarbu oso-

bnem pismem z 7. XI. 1888 dziękuje p. Adlerowi za wydanie podanej wyżej broszury. Po chlubnem pełnieniu przez 42 lat obowiązków lekarza rządowej fabryki tytoniu w Monasterzyskach, przeszedłszy w stały stan spoczynku, otrzymał Jubilat na mocy Najwyższego postanowienia w r. 1898 złoty krzyż zasługi z koroną. Pisma te i odznaczenia świadczą, że praca kol. Adlera obejmowała szeroki zakres, że przez pół wieku całą swą wiedzą i wszelkiemi siłami służył społeczeństwu i krajowi, że służba Jego ciężka i żmudna, była prawą i sumienną. To też uroczystość jubileuszowa w dniu 21. kwietnia b. r. w Monasterzyskach, jaką komitet przygotowuje, będzie wyrazem serdecznego uznania kolegów i społeczeństwa dla sędziwego Jubilata.

Dr Wiktor Borysiewicz.

Do mnogich życzeń, jakie zasłużony Jubilat otrzyma w dniu złotych godów swoich z zawodem, umiłowanym przez siebie i pełnionym z rzetelnym dla społeczeństwa pożytkiem, a jakie prześlą Mu imieniem najszerszych kół kolegów przedewszystkiem obie Izby lekarskie galicyjskie, przyłącza się ze swej strony serdecznie Redakcya »Przeglądu lekarskiego«, gorąco biorąc udział w uczczeniu zasług i w wyrazach uznania, wieńczących owoce pracowitego lekarskiego żywota.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków i Dr Cz. Meissner, Poznań (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.), Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); Dr W. Szczawińska, Paryż, rue Dutot 18 (Bulletin de l'Institut Pasteur); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie), Dr A. Wertheim (Warszawa, Krucza 47a) (Centralblatt f. Chirurgie, z prac, wydanych w Królestwie Polskiem); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Lwów, ul. Kraszewskiego 15 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie), Dr J. Baschkopf, Kraków, Floryańska 25, (Dermatologische Zeitschrift); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physikdiät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftalmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Wydanie jubileuszowe wiekopomnej »Teoryi jestestw organicznych« J. Śniadeckiego, można nabywać w Administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Dunajewskiego 2), po bardzo nizkiej cenie 2 kor. 50 hal. Dochód z rozprzedaży przeznaczony na cele użyteczności publicznej.

Kraków. Walne Zgromadzenie polskiego Tow. balneologicznego odbyło się 8. IV. b. r. Udzielono ustępującemu Wydziałowi absolutoryum i wyrażono podziękowanie redakcyi »Przewodnika zdrojowo-kąpielowego«. Na wniosek Dra Cerchy Walne Zgromadzenie zamianowało hr. Jana Potockiego członkiem honorowym Towarzystwa, poczem nastąpiły wybory. Prezesem wybrany został Prof. Dr Pareński, wiceprezesem Dr Cercha, sekretarzem Dr Józef Zanietowski, skarbnikiem Dr T. Piotrowski. Do Wydziału weszli: Dr Pelczar, Dr Aronsohn, hr. Jan Potocki, Dr Regiec i Dr Wąsowicz.

W roku ubiegłym urządziło Towarzystwo II. Zjazd balneologów polskich i wniosło na zasadzie jego uchwał szereg petycyi do władz rządowych i autonomicznych. Wydział postanowił urządzić wystawę balneologiczną w Rymanowie w r. 1910, ewentualnie w Krakowie w roku 1911 w czasie Zjazdu lekarzy i przyr. polskich, wziął udział w ankiecie wiedeńskiej przeciw opodatkowaniu wód mineralnych, wydał II. Tom »Pamiętnika« Towarzystwa i załatwił szereg spraw drobniejszych.

— »Towarzystwo dla popierania nauki polskiej«, działające od lat kilku we Lwowie, liczyło w r. 1909 ogółem 996 członków, miało 10,009·03 kor. funduszu obrotowego, 49.748 kor. funduszu zakładowego, a 5878·30 kor. funduszu bibliotek prowincyonalnych. Księgozbiór, gromadzony dla założenia bibliotek prowincyonalnych, doszedł 28.546 tomów. Towarzystwo wydaje »Archiwum naukowe« (dotąd 5 tomów, z nich 1 w dziale matematyczno-przyrodniczym), »Studya nad historyą prawa polskiego« i t. p., a wydało dotąd 24 dzieł i rozpraw; nauk lekarskich dotyczy z nich jedno (Szumowskiego: »Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego 1772—1783«).

— Dr Stanisław Przybylski, były asystent kliniki chirurgicznej i położniczo-ginekologicznej U. J., ordynować będzie we Franzensbadzie.

Warszawa. Na posiedzeniu Wydziału III. Towarzystwa naukowego warszawskiego w d. 7. IV. b. r. przedstawiono m. i. następujące prace: P. Gorczyński: »O przebiegu rocznym usłonecznienia w Krakowie«, p. St. Sterling: »Badania nad budową i funkcyą kończyn przednich u wielorybów«.

Z różnych stron. Na porządku dziennym posiedzenia Wydziału lekarskiego »Polskiego Związku lekarzy i przyrodników« w Petersburgu w d. 2/15. IV. b. r. znajdowały się następujące wykłady: 1) Prof. Dr Ziemacki: Pokaz chorego i preparatów. 2) Dr Messing: Gorączka w napadach bolów strzelających w przebiegu wiądu rdzenia (3 przypadki). 3) Prof. Dr Ziemacki: Przypadek wycięcia wrzodu okrągłego żołądka i plastycznej operacyi rozszerzenia odźwiernika.

— Biuro stałej Komisyi międzynarodowej dla Zjazdów lekarskich, mającej siedzibę w Hadze, zawiadamia nas, że dn. 29. i 30. III. 1910 odbyło się pierwsze posiedzenie biura. Obecni na tem posiedzeniu byli 3 przedstawiciele Holandyi (Wenckebach, Burger, van der Haer), 1 Francyi (Blondel), 2 Niemiec (Waldeyer i Posner), 1 Włoch (Maragliano), 2 Anglii (Pavy i ClydeRiviere). Obrady toczyły się o organizacyi Zjazdów, któraby bardziej odpowiadała celowi, a wynik ich ma być przedstawiony na najbliższem posiedzeniu plenarnem. Komisyę przyjął imieniem rządu holenderskiego minister spraw wewn. Heemskerk, nadzwyczaj życzliwie. Sekretarzem generalnym komisyi w miejsce Prof. Wenkebacha wybrany został Prof. Burger z Amsterdamu. Adres biura komisyi: Commission permanente des Congres internationaux de médecine, La Haye, Hugo de Grootstraat 10. — Ogólne Zgromadzenie komisyi w jesieni r. b. zajmie się ogólną organizacyą najbliższego Zjazdu w Londynie. Biuro komisyi prosi czasopisma lekarskie wszystkich krajów o nadsyłanie wydawnictw lub przynajmniej numerów, zawierających artykuły o Zjazdach międzynarodowych. Również prosi biuro lekarzy wszystkich krajów o nadsyłanie życzeń i wniosków, zmierzających do podniesienia pracy naukowej na Zjazdach.

— Utworzony niedawno »Międzynarodowy komitet dla sprawy uzupełniającego wykształcenia lekarskiego« ukonstytuował się, wybierając prezesem Prof. Waldeyera z Berlina, sekretarzem generalnym Prof. Kutnera z Berlina, a do zarządu Prof.

Grosza z Pesztu, Landouzy z Paryża, Pavy z Londynu i Reina z Petersburga. Komitet oparty jest na zasadzie przedstawicielstwa p a ń s t w*). Na najbliższem posiedzeniu w czasie uroczystości uniwersyteckich w Berlinie ma być uchwalone zbieranie danych o uzupełniającem wykształceniu lekarskiem we wszystkich krajach i utworzenie międzynarodowego biura informacyjnego dla tych spraw.

— Dr Teodor Wikerhauser, jeden z najwybitniejszych współczesnych lekarzy chorwackich, obchodził w r. b. dwudziestopięciolecie swej pracy w szpitalu SS. Miłosierdzia w Zagrzebiu. Rocznicę tę uczcili asystenci i uczniowie Jubilata wydaniem okazałej księgi pamiątkowej, obejmującej oprócz przedmowy i życiorysu Jubilata, pióra Dra Cackovica, 15 prac naukowych, przeważnie z zakresu chirurgii i ginekologii. — Jubilat, urodzony w roku 1858 w Zagrzebiu, studyował medycynę w Gracu, gdzie też uzyskał dyplom doktorski w r. 1883; następnie został sekundaryuszem szpitala Br. Miłosierdzia, a od r. 1885 szpitala SS. Miłosierdzia w Zagrzebiu, gdzie też w r. 1890 otrzymał prymaryat, na którym rozwinął szeroką działalność jako chirurg praktyczny i jako nauczyciel młodego pokolenia lekarzy chorwackich. Pod tym względem znaczenie pracy Jubilata da się porównać ze znaczeniem wielu naszych oddziałów szpitalnych w Warszawie, zastępującym młodym siłom lekarskim brak własnego naszego uniwersytetu. W ciągu swej działalności wykształcił Wikerhauser przeszło 30 asystentów, a pod Jego kierunkiem ogłoszono drukiem 89 rozpraw naukowych, nie licząc demonstracyi w Towarzystwie lek. chorwackich.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przesyła Jubilatowi serdeczne »Ad multos annos!«.

— Jak podaje »Kuryer warszawski« (Nr 97), mają być w Anglii na podstawie uchwały parlamentu z d. 31. III. b. r. zaprowadzone Pogotowia ratunkowe, zorganizowane według projektu Dra Henryka Nachtla, Polaka, zamieszkałego w Paryżu.

Mianowani: Internista Docent Posselt w Insbrucku profesorem nadzw.

Zmarli: Dr Kazimierz Wołowski w 77 r. ż. w Petersburgu; Dr Roman Morozewicz, lekarz powiatowy w 48 r. ż. w Lubartowie; Dr Wacław Cennère, sekretarz Towarzystwa lekarskiego w Radomiu;

Dr Roman Romme, sekretarz redakcyi »Presse méd«, referent lekarski kilku wielkich dzienników paryskich, doskonały »dziennikarz lekarski«, w 49 r. ż. w Paryżu; pochodził z Wilna, które z przyczyn politycznych musiał opuścić w 16 r. ż.

Redakcya otrzymała: Statystyka miasta Krakowa, opracowana przez Biuro statystyczne miejskie. Zeszyt XI. za lata 1906 i 1907. Kraków, 1909. — Otolski: Krótka charakterystyka ważniejszych alkaloidów roślinnych. Podręcznik dla farmaceutów. Warszawa, 1910, str. 139. Wydanie Fr. Karpińskiego. Skład gł. E. Wende i Sp. — Falgowski: 1) Jakich zasad trzymać się należy ze stanowiska społecznego w operowaniu zmian zapalnych przydatków macicy. »Przegl. chir. i ginek.«, 1910. 2) Ueber cystoskopische Befunde nach gynaekologischen Operationen. »Zeits. f. gyn. Urologie«, 1909. — Bogdanik: Stärke-Kontentiv-Verband bei Beinbrüchen. »Wiener klin.-ther. Wochs.«, 1910. — Goldman: Serodiagnoz sifilisa po Wasserman'n. Wydawnictwo »Klin. obszcz. stud. med.«. Kijów, 1910. — Biernacki: Zur Therapie der Epilepsie. »Wiener klin. Wochs.«, 1910. — Spomenica Dr T. Wikerhauseru posvecuju mu njegovi zahvalni ucenici. U Zagrebu 1910, str. 292.

*) Państwa, mające ponad 10 milionów mieszkańców, mają prawo wysyłać do komitetu oprócz zwykłych 3, jeszcze jednego, ew. dwu przedstawicieli. Austrya (nie licząc Węgier, mających osobnych 4 przedstawicieli) wysyła do komitetu 3 Niemców, Prof. Eiselsberga, Dra Haberlera i Dra Thenena; ciekawa rzecz, czy też jako dalsi przedstawiciele Austryi powołani będą także tylko Niemcy.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 20. kwietnia 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład kol. Dra F r ą c z k i e w i c z a: »O gryserynie, jako leku przeciwgruźliczym«.

Zebranie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. gal. odbędzie się we czwartek **21. kwietnia 1910** o godzinie 6-ej w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych; 2) O działaniu wód leczniczych jodo-bromowych u chorych na kiłę, ze szczególnem uwzględnieniem leczenia w zakładzie zdrojowym w Iwoniczu, kolega Dr Turzański.

O liczny udział uprasza biuro Sekcyi.

Sekretarz: Dr Feldman. Przewodniczący: Dr Czyżewicz.